


Издательство «Знание»

ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВЬЯ

1986/4

Е.П.Шувалова

# Болезни ПЕЧЕНИ и ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА

ПЕЧЕНЬ И АЛКОГОЛЬ

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ




ФАКУЛЬТЕТ
**Здоровья**

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

4'86

Е.П.Шувалова

# Болезни ПЕЧЕНИ и ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ

ББК 54.13
Ш95

Автор: Е. П. ШУВАЛОВА — член-корреспондент АМН СССР.

Рецензенты: А. Г. Рахманова — доктор меднцннских наук, профессор, И. Н. Бухаловский — доктор меднцннских наук, профессор.

**Шувалова Е. П.**

Ш95 Болезни печени и желчных путей.— М.: Знание, 1986.— 48 с.— (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 4).

15 к.

Автор брошюры рассквзывает о заболеваннях печенн, желчного пузыря н желчевыводящнх путей, излагает вопросы этиологни, эпидемнологни, клнннкн, дивгностини и профнлактннн этнх болезней. Особенное внимаиие им обращеио на вирусный гепатнт н пагубиую роль алкоголя в развитнн печеночиой пвтологии.

Брошюрв рассчитана на широннй нруг читвтелей.

4112070000 ББК 54.13

Редактор Б. В. САМАРИН.

## ВВЕДЕНИЕ

Заболеваиия печеии и желчиых путей — важиая проблема здравоохраиения. Повсеместио отмечается рост этих заболеваиий. Чрезвычайио широкое распростраиеиие во всех страиах мира получили острые воспалительиые заболеваиия печеии — вирусиые гепатиты. Рост вирусиых гепатитов сопровождается увеличеиием числа больиых с хроиическими воспалительиыми поражеиием и циррозом печеии. По даииым Всемириой оргаиизации здравоохраиения, циррозы печеии обиаружеиы в 0,5—1 % всех вскрытий.

Профилактика хроиических гепатитов и циррозов печеии — это прежде всего предупреждеиие и лечеиие острых форм болезии, диспаисериое иаблюдеиие и трудоустройство больиых, предупреждеиие хроиических воспалительиых заболеваиий желчных путей.

Очеиь важио выявлять хроиические заболеваиия печеии в период предболезни и в иачале болезии, когда еще иаиболее активиы защитио-приспособительиые реакции оргаиизма. Задача брошюры состоит в том, чтобы прочитавший ее узиал о заболеваиях печеии и желчиых путей, умел их предупредить, а при возиикиовеиии болезии смог помочь себе и врачу создать условия и возможиости для скорейшего выздоровления.

## РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА

Когда человек хочеть узнать — он исследует.

*М. Горький*

Печеиь — самая большая железа человеческого тела. Оиа вырабатывает желчь и прииимает участие в различиых процессах обмеиа веществ в организме. Печеиь расположеиа в брюшиой полости, иепосредствеиио под диафрагмой, заиимая все правое подреберье и часть левого, где оиа защищеиа от ударов и давлеиия извие позвоночником и нижними ребрами. Под печеиью расположеи желчиый пузырь. Поверхиость печеии покрыта капсулой, которая имеиуется глиссоиовой капсулой; ее растяжеиие, иаблюдаемое при воспалеиии оргаиа, сопровождается болевыми ощущеииями.

В печеии различают большую правую и меиьшую левую доли. В средией части печеии, иа ее иижией поверхиости иаходятся три борозды, которые отграиичивают две иебольшие доли — хвостатую и квадратиую. Между последиими иаходятся так изываемые ворота печеии — участок, где в печеиь входят кровеиосиые и лимфатические сосуды, иервы, а выходит — печеиочиый проток.

Печеиь получает кровь из печеиочиой артерии и из воротиой веиы. Последияя оттекает из желудка, тоиких и толстых кишок, желчиого пузыря, селезеики, поджелудочиой железы. Из печеии кровь вытекает по печеиочиым веиам, которые впадают в иижиюю полую веиу.

В печеиочиых клетках образуется желчь, которая поступает в желчиые протоки. Соедииияясь, протоки укрупияются в одии круписый печеиочный проток. Последиий соедиияется с протоком, исходящим из желчиого пузыря, образуя общий желчиый проток, ои открывается вместе с протоком поджелудочиой железы в просвет двеиадцатиперстиой кишки (рис. 1).

Печеиь является жизиеиио важиым оргаиом, выполияющим миогообразиые фуикции. Без печеии животиые и человек существовать ие могут. Вырабатывая желчь, печеиь играет существеииую роль в процессах пищевареиия и всасываиия питательиых веществ из кишечиика в кровь. Оиа участвует в обмеие белков, жиров и углеводов, иесет защитиую фуикцию, обезвреживая ряд ядовитых веществ, которые образуются в процессе обмеиа или поступают извие. Кроме того, в зародышевом периоде оиа выполияет и фуикцию кроветвореиия.

Следует отметить, что две трети циркулирующей в печеии крови поступает в иее через воротиую веиу и лишь одиа треть — через печеиочиую артерию. Из

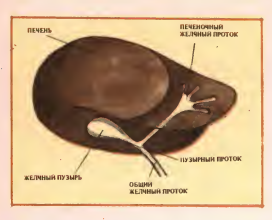



*Рис. 1.* Печень и желчные пути

воротной вены печень насыщается кровью, богатой химическими продуктами, которые используются для синтеза белков, гликогена, жиров и других веществ. Кровь печеночной артерии богата кислородом, что чрезвычайно важно для жизнедеятельности печени. Ток крови в органе замедлен, чем обеспечивается более полный обмен между кровью и клетками печени.

Воротная вена особыми сосудистыми венозными соединениями (анастомозами) тесно связана с полыми венами. Подобные соединения имеются между венами желудка и пищевода, между венами прямой кишки и почек. На передней брюшной стенке также имеются венозные соединения между воротной и полой венами.

Благодаря наличию различных венозных соединений печень играет важную роль в деятельности почек, селезенки, желудка, сердца и других органов.

Печень обеспечивает органы пластическими и энергетическими ресурсами, регулирует всасывание гормонов, микроэлементов и витаминов.

В содружестве с селезенкой и легкими печень осуществляет барьерную, обезвреживающую функцию (она нейтрализует микробные токсины, ядовитые вещества — индол и скатол и др.).

Печень в условиях «утомленного сердца» способна облегчить его работу, депонируя большие объемы крови и изменяя составные ее части. Участвуя в обмене витаминов и гормонов, печень оказывает влияние на фильтрацию мочи в почках. Ввиду этого нередко отмечаются сочетанные поражения печени и других органов.

Большую роль играют венозные анастомозы и в обеспечении дополнительного (коллатерального) кровообращения при повышении давления в воротной вене и нарушении оттока крови через нее.

Повышение давления в портальной вене (портальная гипертензия) является характерным признаком цирроза печени. При этом венозные анастомозы переполняются кровью, образуя в отдельных участках сосудов варикозные расширения. Из последних возможны тяжелые, иногда смертельные пищеводно-желудочные кровотечения. Варикозные расширения на коже живота могут быть очень обширными, причудливой формы и напоминать голову медузы (caput medusae).

Печень является одним из основных органов, где может депонироваться большая часть крови организма (вплоть до одной четвертой части всего объема крови). Повышенная физическая нагрузка обычно приводит к тому, что кровь из депо поступает в общий круг кровообращения.

При тяжелых заболеваниях организма, сопровождающихся развитием шока, сердечной недостаточности количество крови, депонируемой в печени, увеличивается. В таких случаях уменьшается снабжение кислородом мозга, почек, а размеры печени из-за скопления в ней крови увеличиваются. Напротив, при кровотечениях размеры печени уменьшаются, кровь из органа поступает в общий круг кровообращения. Таким путем организм пытается компенсировать потерю крови и улучшить кровоснабжение мозга, сердца, почек и других органов.

Важное значение для представлений о взаимосвязи заболеваний печени и других органов имеет знание об их взаимоотношениях (в медицине это называется топографией печени). Так, топографическая анатомия подсказывает нам, что правая доля печени своей верхней поверхностью прилегает к диафрагме и плевральной полости, а левая — к перикарду. Нижняя поверхность печени соприкасается с правой почкой и надпочечником, желудком, двенадцатиперстной кишкой, пищеводом.

В связи с указанными тесными свя-

зями печенн с другими органами возможны комбинированные поражения печени, диафрагмы н плевральной полости, перикарда, желудка, двенадцатнперстной кншки и др.

Клетки печени обычно располагаются попарно н образуют столбнки (печеночные балки), которые объединены в маленькне дольки. Балки разделены синусондамн, по которым циркулирует смешанная артериально-венозная кровь, поступающая нз печеночной артернн и воротной вены.

Печеночная артерия н воротная (портальная) веиа отдают свою кровь печеночным синусоидам. Внутридольковые сннусонды являются вндонзмененнымн кровеносными капиллярами, стенка которых состоит нз эндотелиальных клеток, отграниченных от гепатоцитов перисинусоидальным пространством.

В печени имеются н звездчатые эндотелиальные клетки, названные по имени открывшего нх автора клетками Купфера (звездчатые эндотелиоциты). Купферовы клетки наряду с клетками соединительной ткани (коллагеновые волокна) являются основными элементами стромы органа. Звездчатые эндотелиоциты обеспечивают защитную функцию. Они поглощают жиры, погибшие эритроциты, участвуют в фагоцитозе бактерий.

При попадании в кровь каких-либо чужеродных веществ, например угольных частиц, они полностью захватываются печенью. И только в тех случаях, когда доза чужеродных веществ велика, они появляются в других органах. Защитные (иммунные) функции печени обеспечиваются также клетками лимфатических узлов печени н антителами, которые вырабатывают эти клетки.

Помимо защитной ученые выделяют н обезвреживающую функцию печени, которая осуществляется печеночными клетками путем химических превращений токсических веществ в нетоксичные, доступные для выделения из организма.

Одна из главных функций печени — образование и секреция желчи. Желчевыводящая система печени состоит нз межклеточных желчных канальцев, они не имеют собственных стенок н образованы мембранами гепатоцитов. Канальцы, сливаясь друг с другом, образуют междольковые желчные протоки. Стенка последних образована эпителиальными клетками и имеет слой гладких мышечных волокон.

Желчные протоки правой н левой долей печени, сливаясь, образуют общий печеночный проток, который вместе с пузырным составляет общий желчный проток, открывающийся в просвет двенадцатиперстной кишки. В месте впадения в кишку желчный проток имеет слой гладкой мускулатуры — сфинктер Одди.

Основную массу печени составляют печеночные клетки (гепатоциты — от греческого слова hepar — печень н латинского cyto — клетка), а небольшую ее часть — ретикулоэндотелиальные клетки н эпителий кровеносных сосудов и желчных капилляров.

Печень — главная лаборатория организма. Она участвует во всех видах обмена. Печень является основным депо сахара в организме, который откладывается в ней в виде гликогена. В печени происходит расщепление и образование белковых веществ, она участвует в жировом, водном, минеральном, витаминном обменах. Чрезвычайно важное значение имеет печень как орган, вырабатывающий необходимую для процесса пищеварения желчь.

Желчь активирует ферменты поджелудочной железы н кишечника, она измельчает, эмульгирует жиры, что облегчает их расщепление. Желчь усиливает перистальтику кишечника и секрецию сока поджелудочной железы. Печень является основным органом, обеспечивающим обезвреживающую (дезинтоксикационную) функцию организма. Многие токсические для организма вещества распадаются в печени до безвредных субстанций. Основная масса ферментов, обеспечивающих обменные процессы, сосредоточена в гепатоцитах.

В гепатоците содержатся различные субклеточные структуры — органеллы (митохондрии, эндоплазматический ретикулум и др.), участвующие посредством своих ферментов в различных обменных процессах. В митохондриях гепатоцита осуществляются окислительно-восстановительные реакции, обеспечивающие организм энергией. В них также происходит образование мочевины.

Эндоплазматический ретикулум состоит нз гладких н шероховатых мемб-

раи, несущих рнбосомы, на которых сосредоточеи сннтез всех белков (плазмапротеииы, факторы свертывання кровн, холннэстераза, лецнтни, ацилтраисфераза). В печеночных клетках, окружающих желчные каиальцы, расположен желчеобразующнй аппарат, в котором локализуется щелочиая фосфатаза, гаммаглютамнлтранспептндаза н другие. В лнзосомах печеиочных клеток расположеиы ферменты, обеспечнвающие распад белка (ферменты протеолнза),— бетаглюкуроиидаза, кнслая фосфатаза н др.

Определеиие активности ферментов, нсследованне желчиых кнслот н бнлирубнна позволяют судить о характере и степени повреждення печени, что с учетом клнннческих данных дает возможность устанавливать днагиоз заболеваиня. Нарушенне прооицаемости клеточных мембран н некроз печеночных клеток, что наблюдается при внрусиом гепатнте, отравлеииях, нитоксикацнях, сопровождается поступлеиием в кровь пренмущественно мнтохондрнальиых ферментов и ферментов лнзосом (аланниаминотрансфераза, лактатдегндрогеназа, кнслая фосфатаза и др.).

Важную роль играет печень в обмене белков. В норме здоровая печеиь синтезирует в суткн 13—18 граммов альбумииа — основиого белка плазмы кровн, выполияющего транспортную и пластическую функции. Умеиьшение в кровн уровня альбумина и других белков, образующихся в печени,— трансферрнна, факторов свертывания кровн — диагностнческн важио. Прн многих заболеваиаях увеличивается содержание в крови нммуиоглобулииов — белков, сннтезируемых ретикулоэндотелиальнымн клеткамн печени.

Участвует печень в обмене аминокислот (трансамннирование, декарбоксилирование с образоваиием аммиака н сннтезом мочевииы). Прн тяжелых заболеваниях печеин в крови увеличивается содержаине многих амииокислот (феинлаланнна, тирозииа, триптофаиа и др.) и нх промежуточиых продуктов обмеиа — токсических феиольных соедииенпй.

В связи с указанной патологией нзмеияется обмеи биологнческн актнвиых веществ, медиаторов, определение которых в совокупности с даннымн содержания аминокислот н аммнака нмеет важное значеине для оценкн глубииы поражения печенн. Продукт дезаминировання амнноквслот в печени — аммнак, образующийся также и в кишечннке, в иормальных условнях обезврежнвается главным образом в цикле мочевины.

Когда в печени нарушается кровоток, например при ее цнррозе, аммиак не поступает в печень, цнкл образования мочевины нарушается. Прн этом повышается содержанне аммнака в крови и еще более — в мозговой тканн, вследствие чего увелнчнвается образоваиие гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), сннжается поглощенне кислорода н образование богатого эиергней аденозинмоиофосфата. Все это приводнт к иарушеиию мозговой деятельности.

В печени здорового человека сннтезнруется н распадается гликоген, окнсляется глюкоза, образуется глюкуроновая кнслота, галактоза и фруктоза превращаются в глюкозу. Прн патологнческнх состояннях в гепатоцитах уменьшается содержанне глнкогена, нарушается распад глюкозы, образуются кислые метаболиты (иапрнмер, молочная кислота), что может вызвать нарушенне деятельиостн оргаинзма.

Важную роль нграет печень в обмеие жнров (липндов, лнпондов). В печеин пронсходит окисление триглицерндов с образованнем жнрных кислот, сннтез трнглнцеридов, фосфолнпидов, лнпопротеидов, холестерина, желчиых кнслот. О том, что печеиь участвует в жнровом обмеие, говорит н то, что компонентами желчи являются холестерин, фосфолнпнды, желчные кислоты. Осиовиой пнгмент желчи — бнлнрубнн. В зависимостн от его концентрацни желчь нмеет желто-коричневую окраску с различнымн оттенками.

Билнрубин образуется при распаде эритроцитов. Этот билнрубнн называют свободиым, он плохо растворнм в воде, не проходит через почечный фнльтр и потому в мочу не поступает н обезврежнвается в печени путем соедннення с глюкуроиовой кислотой с помощью фермента глюкуронилтраисферазы. Образующийся при этом связанный билирубнн растворим в воде, проходит через почечный фнльтр.

У здорового человека в крови в небольших количествах определяется только свободный бнлнрубнн. Он вместе с

желчью поступает в кишечник, где восстанавливается до уробилиногена или уробилина и стеркобилина; последний придает калу коричневую окраску.

Наряду с билирубином другой составной частью желчи являются желчные кислоты, которые принимают активное участие в пищеварении. Они эмульгируют пищевые жиры, способствуют всасыванию жирных кислот. Желчные кислоты образуются в печени из холестерина (в эндоплазматическом ретикулуме и митохондриях).

Желчные кислоты соединяются с различными веществами и, преобразовавшись, в виде солей поступают в кишечник, где при участии микрофлоры создаются дезоксихолевая и литохолевая кислоты. Вторая выводится с калом, а первая возвращается обратно в печень, откуда она вновь поступает в кишечник.

При уменьшении содержания желчи в кишечнике нарушаются процессы пищеварения. В таких ситуациях жиры плохо всасываются в кишечнике и выделяются с калом в повышенном количестве.

Обменные процессы, протекающие в печени, имеют для организма и защитное значение, заключающееся в обезвреживании токсических продуктов. Так, в печени связываются токсические вещества, образующиеся в кишечнике микробами (фенол из тирозина, индол и скатол из триптофана).

В печени подвергаются распаду многие химические соединения (ароматические углеводороды, нитросоединения), лекарственные препараты. Продукты межуточного обмена (биогенные амины, желчные кислоты) связываются в печени с различными обезвреживающими веществами, в частности, с глюкуроновой, серной кислотами, глицерином, таурином, цистеином, и выводятся из организма в виде солей. Нарушение обезвреживающей (дезинтоксикационной) функции печени приводит к отравлению организма различными токсическими продуктами.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Читателю, очевидно, весьма важно познакомиться с существующей сегодня систематизацией заболеваний печени и желчных путей. Их классификация позволяет представить многообразие причин и механизмов развития патологических процессов в печени. Имеющие широкое распространение классификации болезней печени основаны главным образом на морфологических данных, учитывающих характер и вид повреждения структур печени и желчных путей.

Ученые выделяют гепатиты, циррозы печени, заболевание сосудов печени, воспалительные болезни желчного пузыря и желчных протоков, опухоли. Этиологические (причинные) факторы каждого из названных заболеваний могут быть различными.

Согласно классификации, которую предложил в 1962 году известный венгерский ученый И. Мадьяр (он учел при этом клиническую картину, причинные факторы болезни, изменения структуры печени), выделяются следующие основные группы заболеваний печени и желчных путей.

**I. Первичные заболевания печени.**

А. Острые процессы.

1. Острые заболевания печеночной паренхимы:
а) вирусные гепатиты; б) бактериальные гепатиты; в) гепатиты, вызванные простейшими; г) токсические гепатиты.

2. Острые заболевания желчных путей:
а) холангит, холангиогепатит; б) поражения печени в связи с холецистопатией.

3. Острые заболевания сосудов печени:
а) пилефлебиты, пилетромбозы; б) инфаркт печени; в) тромбоз печеночной вены.

**II. Вторичные заболевания печени.**

А. Поражения печени при новообразованиях, опухолеподобных заболеваниях.

Б. Поражения печени при беременности.

В. Поражения печени при эндокринных заболеваниях.

Г. Поражения печени при расстройствах кровообращения.

Д. Болезни накопления (жировая печень, гемохроматоз, гликогеноз).

Е. Болезни печени и нервной системы (гепатолентикулярная дегенерация).

**III. Заболевания желчного пузыря и желчных путей:**

а) дискинезия; б) воспалительные заболевания (холангит, холецистит); в) желчнокаменная болезнь; г) новообразования; д) паразитарные болезни.

Эта классификация, достаточно полная и доступная для широкой врачебной практики и населения, многократно в последующие годы пересматривалась и видоизменялась. Мы привели ее в оригинальном варианте для того, чтобы читатель представил многообразие заболеваний печени и желчных путей, своеобразный полный их перечень.

Необходимо пояснить, что критерии систематизации, рациональной классификации болезней печени могут быть различными. Это обусловлено тем, что один и тот же причинный (этиологический) фактор (вирусы, яды или др.) может вызвать однотипные структурные поражения печени.

С другой стороны, один и тот же фактор бывает ответственным за различные формы патологического процесса в печени. Возможен также и переход одной формы болезни в другую. Например, гепатит может трансформироваться в цирроз печени.

По международной номенклатуре болезней печени, которая была разработана в 1976 году, различают: пороки развития печени, гепатиты, гепатозы, циррозы и фиброзы печени, поражение сосудов печени и внутрипеченочных желчных протоков, а также паразитарные заболевания печени.

К порокам развития относят недостаточное формирование какой-либо доли печени или, напротив, добавочное их наличие. Возможно недоразвитие желчных протоков, поражение печеночных клеток вследствие воздействия вируса краснухи, вируса гепатита В через плаценту на плод у беременных женщин. Иногда печень, вместо того чтобы занимать обычное для нее место в правом подреберье, располагается в левом.

Тяжелыми и сложными для распознавания являются приобретенные повреждения печени. Они могут быть открытыми и закрытыми. Закрытые повреждения происходят при транспортных происшествиях, авариях на производстве, в быту. При переломах ребер их острые отломки могут внедряться в ткань печени. Тогда возникают кровоизлияния, истечения желчи, а иногда и разрыв органа. Открытые повреждения установить значительно легче. Своевременное хирургическое лечение пострадавшего способствует благоприятному исходу травмы.

Часто встречающимися заболеваниями печени являются гепатиты — воспалительные поражения печени. В зависимости от распространенности процесса они могут быть очаговыми и диффузными, а от длительности течения — острыми и хроническими. Вызывают гепатиты различные возбудители инфекций и токсические вещества. Чаще всего это вирусы гепатита А, В и другие, а из токсических веществ — алкоголь.

Тяжелое поражение печени бывает при отравлении несъедобными ядовитыми грибами, например бледной поганкой. Отравления грибами, сопровождающиеся желтухой, вызывают строчки, которые содержат гельвелловую кислоту, приводящую к гемолизу эритроцитов и к повреждению клеток печени. Отравление происходит при употреблении в пищу недостаточно проваренных или просушенных грибов.

Первые признаки отравления возникают через пять-семь часов и выражаются слабостью, болями в подложечной области, рвотой желчью, иногда поносом. На второй день появляется желтуха, увеличиваются размеры печени. В тяжелых случаях возможны судороги, бессознательное состояние со смертельным исходом.

Такую же клиническую картину могут вызвать отравления и другими, близкими к бледной поганке видами грибов, содержащими аманитотоксин, фаллоидин, аманитин. Бледная поганка нередко ошибочно принимается за съедобные грибы — сыроежки, шампиньоны, что приводит к тяжелым последствиям. Бледная поганка очень ядовита, в небольших количествах (половина — одна треть гриба) она способна вызвать тяжелое поражение печени и других органов.

В целях профилактики отравлений ядовитыми грибами важно тщательно соблюдать правила сбора и заготовки грибов, уметь отличать съедобные от несъедобных.

Токсические гепатиты могут возникать и в результате хронических промышленных и бытовых отравлений хлороформом, четыреххлористым углеродом, бензином, мышьяком, металлами (ртуть, свинец и др.). Возможны токсические повреждения печени при употреблении злаков, содержащих сорняки, например такие, как гелиотроп опушенноплодий. Гелиотропный гепатит протекает тяжело и длительно, возможны смертельные исходы.

Гепатозы — поражения печени, возникающие при болезнях обмена веществ. При этом возникает дистрофия печеночных клеток, а элементы воспалительной реакции, как правило, отсутствуют. Различают жировой, пигментный гепатоз, гемохроматоз. Гепатозы, как правило, относятся к наследственным заболеваниям, их еще называют болезнями накопления. Характерным для них является то, что в клетках печени откладываются либо жиры, либо железо, либо медь, либо гликоген.

Цирроз печени — прогрессирующее заболевание, характеризующееся гибелью клеток печени, воспалительными изменениями с разрастанием соединительной ткани и перестройки архитектоники органа. Фиброз — избыточное развитие соединительной ткани, что сопровождается нарушениями функций печени. В отличие от цирроза фиброз — не прогрессирующий, но стойкий исход различных форм болезней печени.

Наиболее ярким, клинически выраженным признаком многих заболеваний печени и желчных путей является желтуха. В глубокой древности желтуху принимали за самостоятельное заболевание. В настоящее время установлено, что желтуха — это симптом большой группы болезней. Появление желтухи связано с повышением уровня билирубина в крови и с окрашиванием этим пигментом кожи и слизистых оболочек.

Среди оттенков желтухи различают лимонно-желтый, характерный для гемолиза из-за распада эритроцитов, желто-оранжевый — для гепатита, желто-зеленый и оливковый встречаются при длительных закупорках крупных желчных протоков. Желтушное окрашивание появляется ранее всего на склерах, нёбе и под языком и позже — на коже.

Механизм развития желтухи может быть различным. Выделяют три типа желтух: 1) надпеченочную, связанную с повышенным распадом эритроцитов (гемолитическая); 2) печеночно-клеточную, обусловленную поражением гепатоцитов и холангиол (гепатиты, гепатозы, циррозы); 3) подпеченочную, возникающую при нарушениях проходимости желчных протоков (желчнокаменная болезнь, опухоли).

При гемолитической желтухе из-за избыточного распада (гемолиза) эритроцитов образуется много билирубина, который печеночная клетка не в состоянии весь зафиксировать путем присоединения к глюкуроновой кислоте. В результате билирубин, образующийся в избытке из эритроцитов, циркулирует в крови и, откладываясь в тканях, окрашивает их в желтый цвет.

Такой билирубин называют свободным, не связанным, он не растворяется в воде, не проходит через почечный фильтр и потому не изменяет окраску мочи. Кал больных также остается нормальной окраски, так как поступление желчи в кишечник не нарушено.

Усиленный гемолиз эритроцитов возникает при отравлениях, переливаниях несовместимой крови, а также при некоторых заболеваниях, сопровождающихся повреждением эритроцитов (малярия, крупозная пневмония и др.).

При печеночно-клеточной желтухе нарушается экскреция и захват билирубина, наблюдается регургитация — обратный ток желчи (внутрипеченочный холестаз).

Подпеченочная, или обтурационная, механическая желтуха отличается нарушением экскреции билирубина и регургитацией желчи (внепеченочный холестаз). В печени и в крови при холестазе любого происхождения, но в большей степени при подпеченочном, повышается уровень холестерина, желчных кислот и экскреторных ферментов (щелочной фосфатазы, гамма-глютамилтранспептидазы).

Конкретная характеристика каждого из типов желтухи будет приведена ниже при описании различных заболеваний печени и поражений желчных путей.

Поражения сосудов печени наблюдаются при разнообразных заболеваниях, например, при атеросклерозе, ги-

пертонической болезни, пороках сердца и др. Возможно развитие тяжелого воспалительного поражения воротной вены — пилефлебит. К числу самостоятельных заболеваний сосудов печени относят болезнь Киари — Авцына, при которой наблюдается частичная или полная непроходимость печеночных вен. Заболевание протекает тяжело и завершается нередко развитием цирроза печени.

Из числа паразитарных заболеваний печени наибольшего внимания в связи со сравнительно широким распространением заслуживают описторхоз и эхинококкоз.

## ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

*Честь науке — ей дано уменье*
*выводить нас из недоуменья.*
*М. Светлов*

Вирусный гепатит — это группа инфекционных заболеваний вирусной природы с преимущественным поражением печени. Болезнь характеризуется значительным полиморфизмом клинических форм — от субклинических, стертых до тяжелых вариантов, протекающих с выраженной общей интоксикацией, желтухой, геморрагиями и другими признаками печеночной недостаточности.

Врачи объединяют в вирусный гепатит три сходных типа болезни, различающихся по этиологии, а также ряду эпидемиологических и клинических признаков: вирусный гепатит А (инфекционный), вирусный гепатит В (сывороточный) и вирусные гепатиты, которые условно называют гепатиты «не А и не В». В настоящее время отмечается особо высокая заболеваемость вирусным гепатитом А.

Существовали многочисленные синонимы болезни: инфекционный гепатит, эпидемический гепатит, эпидемическая желтуха и другие. Эта пестрота в наименовании затрудняла учет заболеваемости и вносила путаницу в понимание характера болезни. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1964 и 1974 годах опубликовала доклады, согласно которым решено называть эту болезнь вирусным гепатитом. Такое название наряду с общепринятым — болезнь Боткина используется в настоящее время.

**Исторические данные.** Подобно многим другим заболеваниям о «заразной желтухе» было известно еще древнегреческому врачу Гиппократу (V век до нашей эры). В XVII—XVIII веках во время войн во многих странах Европы и Америки наблюдались эпидемии желтух среди солдат, которые сопровождались высокой летальностью (смертностью). Это послужило основанием для названия заболевания «солдатской болезнью», «военной желтухой». Природа заболевания долгое время оставалась неясной.

Некоторые ученые предполагали, что желтуха возникает вследствие катарального воспаления крупного желчного протока с механической закупоркой его катаральной пробкой. Отсюда возникло наименование болезни «катаральная желтуха».

Первым, кто в мировой науке высказал научно обоснованную концепцию на природу болезни, был русский клиницист С. П. Боткин. В 1888 году он объяснил ее не механическими причинами, а воспалением печени.

В основе болезни, по концепции С. П. Боткина, лежит острый гепатит, являющийся ведущим симптомом общего инфекционного, нередко эпидемического заболевания, которое не всегда протекает с желтухой. С. П. Боткин указал на связь катаральной желтухи с хроническими гепатитами и циррозами печени.

Великий клиницист обратил внимание и на возможную связь катаральной желтухи с таким смертельным, считавшимся в то время самостоятельным, заболеванием, как острая желтая атрофия печени. Он утверждал:

«В каком отношении находится этот последний, темный еще для нас процесс к катаральной желтухе — это вопрос будущего. И если бы мне кто-нибудь сказал, что острая желтая атрофия печени есть только высшая степень тех изменений, которые мы имеем при катаральной желтухе, то я бы не стал возражать» (Клинические лекции, том II. М., Медгиз, 1950, с. 513).

Это гениальное предвидение подтвердилось в наши дни. Острая желтая атрофия печени, именуемая ныне печеночной комой, рассматривается как осложнение тяжелых форм гепатита. Таким образом, С. П. Боткин впервые дал

представление о сущности и последствиях вирусного гепатита. Спустя 10 лет крупнейший русский педиатр А. А. Кисель назвал эту болезнь его именем.

Положения С. П. Боткина о катаральной желтухе как об инфекционном заболевании, нередко с эпидемическим распространением, возможностью безжелтушного течения, а также с исходами в хронический гепатит, цирроз печени и острую желтую атрофию, были полностью подтверждены дальнейшими исследованиями ученых-медиков.

Вирусная этиология болезни установлена в годы второй мировой войны и в послевоенный период советскими учеными П. Г. Сергиевым и Е. М. Тареевым, а также американскими исследователями Нифом, Стоксом и другими. С этого времени вирусный гепатит рассматривают как самостоятельную болезнь, вызываемую вирусами.

**Этиология.** Вирусная природа гепатита в настоящее время не вызывает сомнений. Однако культивировать вирус до сих пор не удавалось.

Для выделения и изучения причинного фактора болезни — вируса — проводятся различные лабораторные исследования. В этих целях используют куриные эмбрионы (зародыши), тканевые культуры, животных, а также прибегают к экспериментам на добровольцах-людях.

Для выращивания вируса от больных гепатитом берут фильтраты крови, мочи, кала, содержимого двенадцатиперстной кишки (пропущенные через фильтры, которые задерживают бактерии, но не вирусы) и исследуют. При этом в печени куриных эмбрионов развиваются изменения, которые напоминают картину поражения печени при вирусном гепатите.

В качестве тканевых культур для получения вируса используют ткань эмбрионов, птиц, клеточную взвесь печени кроликов, печеночный экстракт, лейкоциты человека и другие. На тканевых культурах удалось выделить целую группу вирусов от больных гепатитом, которые получили условное название «кандидатов».

Из экспериментальных животных для исследования полученного от больного материала используют различных животных — мышей, морских свинок, канареек, кроликов, свиней и других. У многих животных, особенно у канареек, изменения в печени напоминают однотипные при вирусном гепатите человека.

Ученым удалось показать наличие различных вирусов возбудителя гепатита: вируса А, вызывающего заболевание с инкубационным (скрытым) периодом 9—40 дней, вируса В с инкубацией от 40 до 180 дней и вирусов «не А и не В» со скрытым периодом в 30—45 дней.

При помощи экспериментальных исследований ученым удалось изучить устойчивость вирусов во внешней среде. Оказалось, что наиболее длительно сохраняется вирус гепатита В. Так, было показано, что при замораживании до 15—20 °С вирус остается жизнеспособным до двух лет, нагревание до 60° в течение четырех-десяти часов не убивает его, и лишь при температуре 100 °С он гибнет спустя 30 минут.

Ультрафиолетовые лучи не оказывают на вирус губительного действия. Химические средства, многие из которых используют для дезинфекции, также оказались недейственными. Например, фенол и эфир, применявшиеся в течение 24 часов, а также хлорная известь в различных концентрациях и при различном времени воздействия оказывали очень слабое влияние на жизнеспособность вируса В. К антибиотикам и химиотерапевтическим препаратам (норсульфазол, сульфадиметоксин и другие) этот вирус оказался нечувствительным.

Действенным средством для уничтожения вируса в окружающей среде, выделениях больного и других средах оказывается кипячение в течение 30 и более минут либо автоклавирование при 120 °С в тот же отрезок времени. Вирус гепатита А инактивируется при температуре 100 °С в течение пяти минут. Ультрафиолетовое облучение его разрушает.

В изучении этиологии вирусного гепатита В большую роль сыграло обнаружение антигена в крови аборигенов Австралии и установление в последующем его связи с вирусным гепатитом. Этот антиген получил название австралийского, или «антигена, ассоциируемого с гепатитом». По своей химической структуре он является липопротеидом (сложным белком).

У больных вирусным гепатитом австралийский антиген обнаруживают в крови и в печеночных клетках. Выявляют австралийский антиген и в крови практически здоровых людей. Предполагается, что его носительство обусловлено латентно протекающей (клинически не выраженной) инфекцией. Это важно учитывать по соображениям профилактики.

**Пути передачи инфекции.** Всякий эпидемический процесс имеет три звена так называемой эпидемической цепи: источник инфекции, пути распространения заразного начала и восприимчивый к заболеванию организм. Выпадение одного из звеньев эпидемической цепи вызывает выключение возбудителя и тем самым предупреждает заболевание. Вирусный гепатит относится к числу заразных болезней, которым может быть свойственно эпидемическое распространение.

Поэтому сравнительно недавно эту болезнь называли эпидемическим гепатитом. Различные неблагоприятные ситуации способствуют ее распространению. Многие ученые указывают, что широкая географическая зона распространения вирусного гепатита является последствием второй мировой войны. Повсеместное распространение этого заболевания в последние годы обусловлено наличием длительного вирусоносительства у переболевших, особенно при формировании хронических форм.

Источником инфекции при вирусном гепатите является только человек. Прежнее представление о том, что причиной болезни могут явиться грызуны, в частности крысы, в настоящее время опровергнуто полностью.

Возбудитель гепатита находится в организме человека, болеющего как желтушной, так и безжелтушной формой заболевания, а также у реконвалесцента, перенесшего болезнь. Наличие вирусоносителей среди здоровых людей не обнаружено. В каждом случае выявления вируса удается доказать наличие болезни, которая клинически почти не проявляется (латентная форма).

Наибольшую опасность представляют больные в преджелтушном периоде заболевания. В это время происходит максимальное выделение вируса во внешнюю среду с калом и мочой больных. В меньшей степени вирус выделяется у больных в желтушный период заболевания и у выздоравливающих. Однако доказано, что выздоровевшие могут длительно (годами) выделять возбудитель во внешнюю среду.

Источником инфекции нередко являются больные с легкой, безжелтушной формой заболевания. Их число намного превышает количество больных с желтушной формой болезни. Такие больные при наличии малонарушенного общего состояния, находясь в коллективе, могут заражать окружающих, особенно детей. Будучи невыявленными, они служат источником длительного существования эпидемических очагов.

Передача возбудителя при вирусном гепатите А, как и при других кишечных инфекциях (дизентерия, сальмонеллез), происходит преимущественно фекально-оральным путем: заразное начало выделяется во внешнюю среду с фекалиями или мочой больного. Здоровый человек заражается через рот. При этом бывает как прямой, так и непрямой контакт с больным.

В передаче вируса гепатита участвуют вода, различные пищевые продукты, посуда, детские игрушки, белье больного. Благодаря высокой устойчивости этого возбудителя он более длительно, чем возбудители других кишечных инфекций, сохраняется на различных предметах внешней среды. Учеными описаны вспышки гепатита, связанные с употреблением в пищу продуктов питания, в том числе молока, зараженных выделениями больных. Известны также и водные вспышки болезни, описанные за последние годы в Индии, США, Канаде и у нас в Казахстане.

Наиболее крупная водная вспышка произошла в Дели в 1956 году, при которой заболело 20 300 человек. Вспышка развилась во время наводнения, в результате которого вода в водопроводе была загрязнена сточными водами. Известна также водная вспышка вирусного гепатита, возникшая на авиационной базе близ Парижа, в период которой за 28 дней заболело 96 человек. Причиной ее явилась авария на водопроводной линии.

В пищевые продукты возбудитель болезни проникает в том случае, если в процессе их обработки или хранения к

иим прикасался больной человек или они были загрязиены инфицированной водой (рис. 2). Вспышки вирусного гепатита были обнаружены также после употребления зараженного апельсинового сока, молочиых продуктов, овощей, фруктов, устриц. Так, в Швеции наблюдалась крупиая устричная вспышка, охватившая 629 человек. Все заболевшие ели устрнц из водоемов, зараженных сбросами сточной воды.

Переносчиками вируса гепатита могут явиться мухи, которые иа своих лапках, имеющих миого волосков и щетииок, переиосят возбудителя болезни на пищевые продукты и различные предметы.

При вирусном гепатите возможеи и воздушио-капельный способ заражеиия. Эпидемиологи подтверждают это осенне-зимией сезоииостью заболеваемости, свойствеииой обычио капельиым инфекциям, высокой поражаемостью гепатитом врачей-стоматологов, а также детей в организованных коллективах, даже при благополучиых саиитариобытовых условиях и отсутствии острых кишечиых заболеваиий.

Передача вируса гепатита В происходит преимуществеино при проведеиии различных маиипуляций, связаиных с нарушеиием целостиости кожиых покровов. Определениое зиачение имеет иедостаточная стерилизация медициских инструмеитов, применяемых при хирургических операциях, в том числе и стоматологических, а также при виутримышечном, виутривенном, подкожиом и виутрикожиом введении лекарств и прививочиого материала.

Причииой заболеваиия иногда являются переливаиия крови и плазмы, получеиных от доноров-вирусоиосителей, больиых клииически иевыражеииой формой заболевания. Такие заболевания имеиуются сывороточиым гепатитом.

Заражение гепатнтом может проиcходить также при татуировках кожи, а в условиях жаркого климата вирус этой болезни способен передаваться от человека к человеку с помощью комаров н других членистоногнх.

Особеииостямн эпидемического процесса при вирусном гепатнте В являются: преимуществеиная заболеваемость детей до года и взрослых (это связано

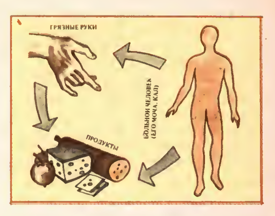


*Рис. 2.* Каким образом болеющий вирусиым гепатитом А может заразить других людей

с наличием у них частых медициских манипуляций — прививок, иньекций); отсутствие сезоииости; возможиость длительиого иосительства вируса у переболевших.

Закономерности эпидемического процесса при гепатите «ие А и ие В» напоминают таковые при вирусиом гепатите В. Таким образом, вирусиые гепатиты — заболевания с множественными способами передачи. Это обстоятельство виосит определеииые трудиости в проблему профилактики болезии.

Как уже отмечалось, третье звено эпидемического процесса — восприимчивый к заболеваиию организм. К вирусу гепатита восприимчивость людей абсолютиая. Это озиачает, что при попадаиии достаточного количества вируса в оргаиизм возиикает инфекциоиный процесс у всех раиее ие болевших и, следовательио, ие имеющих иммуиитета.

Вирусиый гепатит поражает людей всех возрастов, ио болеют им преимуществеиио дети и подростки: иа долю больиых до 19 лет приходится 60—70 % всех заболевших. Это обусловлеио прежде всего тем, что среди детей и подростков отсутствует иммуиная прослойка. В большинстве заболевают дети в возрасте от трех до девяти лет, что, вероятио, объясияется условиямн тесиого их общеиия в организоваиных коллективах (ясли, детсад, школа).

Взрослые также воспрнимчивы к вирусу гепатита, и хотя оии болеют реже, чем детн, заболеваемость у них зиачи-

тельная, причем как среди молодых, так и пожилых. Следует сказать, что у взрослых, особенно у пожилых, чаще наблюдается сывороточный гепатит.

Климатические условия не оказывают существенного влияния на уровень заболеваемости — вирусный гепатит почти с одинаковой частотой регистрируется в различных географических зонах. Сезонные подъемы заболеваемости наблюдаются преимущественно при вирусном гепатите А. Минимум регистрируемых случаев отмечается летом, а их увеличение начинается в августе и продолжается до ноября-декабря.

Кроме того, наблюдаются периодические, наступающие через несколько лет подъемы заболеваемости гепатитом, которые возникают в связи с истощением среди населения иммунитета. Невосприимчивость к гепатиту после перенесенного заболевания носит специфический характер, то есть предохраняет лишь от заражения одним и тем же видом вируса. При заражении другим видом вируса возможно возникновение новых заболеваний.

## Клиническая картина вирусного гепатита

Вирусный гепатит характеризуется разнообразием проявлений. Возможны как легчайшие формы заболевания, так и очень тяжелые. Заболевание протекает в двух основных формах — острой и хронической.

Острая форма характеризуется циклическим течением болезни. Выделяются следующие периоды: инкубационный (скрытый), начальный (преджелтушный), разгар болезни (желтушный) и период выздоровления (послежелтушный). Эти периоды можно наблюдать при типичной желтушной форме.

В тех случаях, когда заболевание протекает в скрытой и безжелтушной форме, выделить указанные периоды не представляется возможным.

Инкубационный период длится обычно от момента заражения до появления первых признаков болезни. При вирусном гепатите А он составляет две-три недели (от 9 до 20 дней), при гепатите В может удлиняться до трех — шести месяцев.

Начальный (преджелтушный) период по своим проявлениям очень разнообразен. Заболевание обычно развивается постепенно, но иногда может иметь бурное, острое начало с повышением температуры, тошнотой, рвотой. В типичных случаях у больных постепенно нарастает общая слабость, недомогание. Исчезает аппетит, пища не только не доставляет удовольствия, но иногда появляется чувство отвращения к ней.

У больных в это время появляются жалобы на тяжесть в подложечной области и правом подреберье, отрыжка, тошнота. Довольно часто, особенно пожилые, испытывают боли в суставах, причем как в крупных, так и мелких. Иногда возникают кратковременные катаральные явления в зеве, небольшая болезненность при глотании, головная боль, повышение температуры до 38—39 °С.

В начальный период заболевания больные теряют интерес к окружающему, у них появляются необычная слабость, сонливость, апатия или, наоборот, повышенная раздражительность.

У некоторых больных возникает зуд кожи, который беспокоит их нередко и ночью. Возможно появление сыпи на коже, которая в таком случае носит разнообразный характер: в виде округлых пятнышек (розеол), иногда возвышающихся над уровнем кожи (розеолезно-папулезных). Порой сыпь напоминает крапивницу.

При объективном обследовании больных врачи находят у них обложенный язык, повышенную чувствительность при пальпации области печени, у большинства больных печень оказывается увеличенной и уплотненной.

В последние дни преджелтушного периода уменьшается количество мочи, она становится концентрированной, темной, принимая цвет пива. В то же время наблюдается обесцвечивание кала, приобретающего глинистую окраску. На основании ранних признаков болезни выделяют различные типы (синдромы) преджелтушного периода: диспептический, артралгический, гриппоподобный, астено-вегетативный. Однако чаще всего все эти признаки наблюдаются у одного больного. Тогда говорят о «смешанном» синдроме преджелтушного периода.

Диспептический синдром характеризуется отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, болями в животе, поносом или запором. Нередко больных беспокоит жжение в подложечной области. В более тяжелых случаях отмечаются боли в животе. Чаще это выражается в ощущении тяжести в подложечной области и в правом подреберье, реже — в различных тупых болях по всему животу без четкой локализации.

Иногда боли могут носить резкий характер и ограничиваться локализацией в правой половине живота, вокруг пупка и ниже его. В таком случае бывает необходимо отличать преджелтушный период вирусного гепатита от острого аппендицита. Сильные боли в области правого подреберья могут быть ошибочно приняты за приступ холецистита или желчнокаменной болезни.

Тщательный осмотр больного и лабораторные исследования позволяют установить правильный диагноз заболевания. В тех случаях, когда диспептические симптомы протекают на фоне лихорадочной реакции с повышением температуры тела до 38—39 °С, говорят о лихорадочно-диспептическом синдроме преджелтушного периода.

Артралгический (ревматоидный) синдром преджелтушного периода болезни характеризуется прежде всего болями в суставах. У больного чаще болят крупные суставы, реже — мелкие. Отеков и изменений формы суставов, как правило, не отмечается. Движения в суставах сохраняются, но боли нередко сочетаются с отсутствием аппетита, тошнотой и повышением температуры тела.

Этот тип преджелтушного периода может сочетаться с таким симптомом, как зуд кожи, который появляется с первых дней болезни и беспокоит больных, особенно в ночное время, а иногда после физической нагрузки.

Гриппоподобный синдром, возникающий примерно у пятой части больных в преджелтушный период заболевания, характеризуется признаками катара верхних дыхательных путей. Появляются насморк, кашель, першение и боли в горле. Возможно появление ангины. Все это обычно развивается на фоне повышенной температуры тела, тошноты и отсутствия аппетита. Врачи при осмотре таких больных обнаруживают у них увеличенные размеры печени и селезенки, а также темную окраску мочи.

Симптомами астено-вегетативного типа преджелтушного периода болезни являются прежде всего резкая слабость, отсутствие желания работать, двигаться; нарушается ритм сна: появляется ощущение сонливости днем, сочетающееся с бессонницей по ночам. Больные становятся раздражительными, нервозными. У них полностью отсутствует аппетит, нередко отмечается подъем температуры тела до 37,5—38 °С.

Несмотря на то что указанные симптомы могут наблюдаться не только при гепатите, но и при других заболеваниях, правильная диагностика и в этих случаях вполне возможна. У больных наблюдаются обложенный язык, чувствительная при пальпации печень, размеры которой увеличены.

Следует подчеркнуть, что хотя в преджелтушный период имеются разнообразные симптомы, способные стать поводом к ошибочному диагнозу: гастрита, полиартрита, гриппа, невроза и других заболеваний, ранняя диагностика гепатита и успешное лечение вполне возможны, если больной своевременно обратится к врачу.

Заболевание вирусным гепатитом может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой форме. Деление болезни по тяжести течения основано на учете таких симптомов, как диспепсия и различные расстройства нервной системы. Обычно чем тяжелее протекает заболевание, тем больше в болезненный процесс вовлекается нервная система. Как правило, это соответствует степени выраженности желтухи и увеличения печени.

Необходимо отметить, что если больные с легкой формой не соблюдают диету и лечебный режим, то болезнь может утяжелиться. Следовательно, о тяжести течения болезни окончательно можно судить в конце заболевания.

Преджелтушный период длится три — семь дней, а иногда может быть и более продолжительным — до 30—45 дней. Очень редко, но встречается и такое течение болезни, когда преджелтушный период отсутствует и болезнь проявляется сразу желтухой.

Перед желтушной стадией у больн-

ства больных наступает как бы некоторое улучшение, снижается температура. Однако при тяжелом течении болезни возникают симптомы интоксикации, когда самочувствие больных может оказаться более тяжелым, чем в преджелтушный период.

Желтушный период, когда наступает полный разгар болезни, делят на три стадии: нарастание желтухи, максимальное ее развитие и период снижения желтухи. Желтушность в первую очередь появляется на склерах глаз и мягком небе. В течение нескольких дней она нарастает, достигая затем максимальной интенсивности. Больных беспокоят общая слабость, плохой аппетит, тошнота, чувство тяжести или боли в правом подреберье.

Обычно желтуха развивается быстро, в течение двух-трех дней, достигая максимума к концу недели. Далее, в зависимости от тяжести течения болезни, она держится от 7 до 50 дней, а иногда и дольше. При очень легких формах заболевания желтушность кожи еле заметна и выражена отчетливо лишь на склерах глаз. В тяжелых случаях проявляется более отчетливое желтушное окрашивание кожи и слизистых. Кожа может напоминать окраску шафрана (шафранового цвета желтуха).

Как правило, степень желтушной окраски кожи соответствует тяжести течения болезни. Однако наблюдаются случаи, когда желтуха выражена слабо, а заболевание протекает очень тяжело.

Для оценки характера течения болезни имеет значение и оттенок желтухи. Как уже отмечалось, в тяжелых случаях обычно наблюдается шафрановый оттенок желтухи, может быть охряно-желтый оттенок, что характерно для больных с особенно тяжелым течением болезни (печеночная кома).

При развитии желтухи у больных малокровием она имеет нередко лимонный оттенок. Зеленоватый оттенок желтуха приобретает при длительном течении, при затяжных формах болезни.

С наступлением желтухи изменяются и другие симптомы болезни. В этот период могут усиливаться диспептические симптомы, нередко учащается и усиливается зуд кожи. Боли в суставах обычно стихают, но и в ослабленном виде они подчас долго беспокоят больного.

Однако в большинстве случаев после появления желтухи многие симптомы преджелтушного периода исчезают или стихают, а температура тела, как правило, нормализуется. Сыпь, возникающая еще в преджелтушный период заболевания, редко сохраняется в желтушный.

Неблагоприятным симптомом является так называемый геморрагический синдром, который возникает при утяжелении болезни. В таком случае у больных бывают точечные кровоизлияния в кожу и слизистые, кровоточивость десен, носовые кровотечения, стул черного цвета, обусловленный кровотечением из желудка. Лимфатические узлы у больного могут увеличиваться, но, как правило, незначительно и без болевых ощущений.

Органы дыхания у заболевших вирусным гепатитом поражаются мало. Катаральный синдром преджелтушного периода может проявляться в виде небольшого насморка, кашля. Возникающие при тяжелых формах болезни Боткина пневмонии обычно представляют собой осложнения, которые способны развиваться и при многих других инфекционных заболеваниях.

Почти у всех страдающих вирусным гепатитом в болезненный процесс вовлекается сердечно-сосудистая система. В разгаре заболевания снижается артериальное давление крови, причем даже у больных, страдающих гипертонической болезнью.

Под влиянием желчных кислот, накапливающихся в крови больных вирусным гепатитом, урежается пульс. Однако в тех случаях, когда болезнь протекает очень тяжело, появляется сердцебиение, пульс учащается. Это свидетельствует о неблагоприятном течении болезни.

У тяжелых больных ослабевают тоны сердца, у них могут прослушиваться сердечные шумы, что дает основание говорить об осложнении болезни — миокардите. На электрокардиограмме в таких случаях выявляются измененные зубцы, снижение вольтажа и т. д. Все эти симптомы к моменту выздоровления обычно проходят.

Выраженные изменения обнаруживаются и в пищеварительной системе. Язык в большинстве случаев обложен серым или серо-желтым налетом, су-

ховат.

В желтушиой стадни обычио сохраняется чувство тяжестн в правом подреберье. Ощущаются боли в областн печеии, которые обусловлеиы расстройством кровообращения, вызывающнм отек печени с растяжеиием ее капсулы. Печеиь увеличивается соразмерио тяжести болезнн. Это считается призиаком защнтной реакцин организма на болезиенный процесс.

Если же увеличенне печеин не соответствует тяжестн течеиия болезнн нлн при неугасающей желтухе она уменьшается, то это считается грозным прнзнаком самого тяжелого осложнення — печеночиой комы.

Прн пальпацнн (прощупываннн) печень определяется немного уплотненной, оиа имеет острый край, причем чаще увелнчивается ее левая доля и реже — правая. Увеличение левой доли сохраняется более длнтельно.

Область живота прн пальпацнн, как правило, оказывается болезненной. Нерѐдко выявляется вздутие живота за счет скопления газов в кншечннке.

На высшей точке заболевания в болезнениый процесс может вовлекаться н поджелудочная железа, н тогда появляются характерные опоясывающне боли н типичные лабораторные сдвнги. Пораженне поджелудочной железы чаще наблюдается у пожилых больных. Оно сохраняется длительно, нередко остается даже в период выздоровлеиия как остаточное явлеиие болезнн.

Почкн при вирусном гепатите страдают незначительно. Отмечается лишь уменьшеиие фильтрацни мочи, возможны временные изменеиия ее колнчествеииого н качественного состава. Однако прн умеиьшеннн ннтенсивностн желтухн эти явлення быстро проходят.

Для внрусиого гепатита характерно пораженне иервной снстемы. Это проявляется следующнмн клиинческимн симптомами: апатия, угнетеиное настроенне нли, наоборот, повышеииая возбуднмость, раздражнтельность. Такне снмптомы почтн постоянны.

Их уснление, а также появлеиие новых снмптомов, таких, как сонлнвость днем н бессонннца иочью, общее возбужденне, галлюцинации, дрожанне рук, свидетельствуют о тяжестн болезни н возможиостн развития печеиочиой комы. Для выявления степеин заболевання используют метод электроэнцефалографнн, который позволяет регистрировать процессы возбуждеиия н торможения коры головного мозга н объектнвно оцеинвать состоянне больного.

В этот период заболеваиия температура тела у больного обычно нормальная, зуд кожн иаблюдается далеко не у всех больных, моча темиая, а кал обесцвечен (светлый, серо-глнннстый).

По мере нарастання желтухн печеиь увелнчивается н медлеино возвращается к нормальным размерам у выздоравлнвающего. Одиовременно увелнчивается и селезенка (примерно в 25 % случаев у взрослых, у детей чаще). При тяжелом течеинн болезни появляются снмптомы, свндетельствующие о пораженни центральной иервной снстемы в том виде, как указывалось выше. В особо тяжелых случаях возможио развнтие психомоторного возбуждения н бессознательного состояния (комы).

Выздоровление начинается с момента нсчезновення желтухи. Больные считаются формально выздоровевшнми, когда желтуха исчезает полностью, иормалнзуются размеры печенн н получены хорошне лабораторные показатели. Однако с этого времеии начниается один нз ответственнейших периодов болезии.

Ощущенне полного здоровья вызывает у некоторых больных самоуспокоеиие, оин иачннают допускать отклоиения в диете н режнме, что в таком случае влечет за собой обостренне болезни, переход ее в хроинческое течеине. Именно поэтому оргаиами здравоохраиеиня введена обязательная снстема днспансерного наблюдения за выздоравлнвающими. Прнзнаком затяжного течення болезин является желтушиое окрашиванне покровов, сохраняющееся в течеине двух-трех месяцев.

Первыми симптомами, свидетельствующнмн о спаде желтухи, служат посветлеиие мочи и потемненне кала. Желтушность уменьшается обычно медленно. В период спада желтухн самочувствие больиого улучшается, восстаиавлнвается аппетит, уменьшаются слабость н другие симптомы болезин. Больные начннают чувствовать себя здоровымн. Такой пернод длнтся одну-две недели. За это время сокращаются размеры печеии, нсче-

зает ее чувствительность. Улучшаются лабораторные показатели. Однако у некоторых больных даже в последующий (послежелтушный) период возможны ощущения слабости, раздражительности, сердцебиения, ноющих болей в подложечной области и правом подреберье.

Наряду с желтушной формой возможно безжелтушное течение болезни, которое является нередко встречающимся клиническим вариантом заболевания. Как правило, такие больные выявляются в эпидемических очагах, где их число может превышать число имеющих желтуху, причем такая форма чаще диагностируется у детей, чем у взрослых. Заболевание нередко начинается остро и протекает с ознобом, повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, болями в животе; при этом отчетливо выражены симптомы поражения нервной системы.

Наблюдаются и такие случаи, когда общее состояние больных нарушено мало, отмечается лишь небольшое снижение аппетита и слабость. И эти симптомы могут быть кратковременными. Вот почему при контакте с больным вирусным гепатитом даже при малейших отклонениях в самочувствии необходимо обращаться к врачу.

У больных с безжелтушной формой заболевания появляется темная окраска мочи, почти всегда увеличивается печень, а нередко и селезенка. У взрослых больных безжелтушной формой заболевания наряду с диспептическими симптомами возможны боли в суставах, в подложечной области и правом подреберье, небольшой зуд кожи.

Таким образом, при безжелтушной форме имеются все те же признаки болезни, что и при желтушной, отсутствует только желтуха. Диагноз такого заболевания можно подтвердить лабораторными методами исследования.

Несмотря на то что безжелтушная форма болезни, как правило, протекает сравнительно легко, она требует такого же лечения, как и желтушная, ибо при позднем обращении к врачу и запоздалой диагностике возможно затяжное течение болезни и развитие тяжелых осложнений.

К последствиям заболевания относятся остаточные явления, наблюдающиеся у значительной части больных к моменту выписки из стационара, а также и в последующем: увеличение печени, астеновегетативный синдром, поражение желчных путей и желчного пузыря, хронический гепатит и иногда цирроз печени.

Астено-вегетативный синдром проявляется слабостью, раздражительностью, быстрой утомляемостью, иногда бывают головокружения и плохой сон. В большинстве случаев это сочетается с увеличением размеров печени (гепатомегалия).

Поражения желчных путей и желчного пузыря характеризуются болями в правом подреберье во время приема пищи, тошнотой, иногда повышением температуры тела, а при зондировании желчных путей выявляются характерные изменения желчи.

Хронический гепатит и цирроз печени могут развиваться при нарушении диеты и режима сразу после острой стадии болезни, но чаще это бывает спустя несколько лет. Хроническое заболевание характеризуется сменой в состоянии больного периодов обострений и улучшений.

Целый ряд факторов, в частности, нарушение диеты и режима, физическое перенапряжение или переохлаждение, способствуют развитию хронического гепатита. Это осложнение может развиваться как после тяжелой, так и после легкой и безжелтушной форм заболевания.

Цирроз печени как следствие хронического гепатита возникает в результате множественных обострений, после которых нередко у тех, кто злоупотребляет алкоголем, пораженные печеночные клетки заменяются соединительной тканью. Цирроз может формироваться медленно в течение многих лет, но возможно и быстрое развитие цирроза через несколько месяцев после перенесенной острой формы заболевания. Наконец, возможен скрытый вариант его развития, когда после острой формы заболевания сразу же следует период полного благополучия, а затем через много лет случайно выявляется это серьезное осложнение.

Следует заметить, что любая, в том числе безжелтушная, форма заболевания может способствовать развитию цирроза печени. При этом если безжелтушная

форма не была распознана, то установнть этнологню цнрроза бывает трудно.

Для прогнознровання возможностн развнтня хроинческих форм болезни н цнрроза печенн важно учнтывать степень защнтных снл органнзма, а также злоупотреблеине переболевшнмн острымн формамн алкоголем, нарушенне диеты н т. д.

**Диагностнка заболевання.** Как мы уже отмечалн, печень является однм нз основных органов, нграющнх важную роль в обмене веществ органнзма. Поэтому пораженне печенн прн гепатнте вызывает нзменення в составе кровн, мочн н кала.

Поскольку, однако, печень обладает большой резервной способностью, фуикцнональные нарушення могут быть оценены с помощью комплекса лабораторных показателей. Это говорнт о необходнмостн тщательного лабораторного обследовання больного.

Лабораторные нсследовання необходнмы как для днагностнкн внрусного гепатнта, так н в целях разграннчення этого заболевання от желтух другого пронсхождення, а также для выявлеиня безжелтушных н стертых форм болезнн.

Кроме того, лабораторные нсследовання помогают оценнть функциональное состоянне печенн в процессе болезнн, глубнну ее пораження, что позволяет говорнть о прогнозе заболевання. Кроме того, лабораторные показателн нспользуют в качестве крнтернев выздоровлення н в пернод днспансерного наблюдення в полнклнннке.

Прн поступленнн в стацнонар, а нногда н в полнклнннке больному делают общнй аналнз мочн н кровн. В моче определяют содержание уробилина н желчных пнгментов, которые повышены на ранннх стадням заболевания (в преджелтушный пернод). В этот же пернод в кровн повышается содержанне ферментов, в частностн аланннамннотрансферазы.

Несколько позже увелнчивается колнчество бнлнрубнна в кровн, что проявляется желтушным окрашнваинем кожн н слнзнстых. Изменяются также белковые фракцнн кровн: меньше становнтся альбумннов н увелнчнвается колнчество гамма-глобулннов. В кровн при гепатнте В обнаружнвается австралнйскнй антнген, нлн поверхностный аитнген внруса — $HB_sAg$.

В стадии выздоровлення вначале нормалнзуется уровень билирубнна в кровн, почтн одновременно сннжается актнвность ферментов. Однако нногда после нормалнзацнн уровия бнлнрубнна актнвность ферментов остается длнтельно повышенной, что свндетельствует о продолжающемся патологнческом процессе в печенн.

Прн безжелтушной форме заболевання в кровн определяется повышенная актнвность аланннамннотрансферазы, в моче выявляются уробнлнн и уробнлнноген. Бнлнрубнн крови у такнх больных нормален, снмптом желтухн отсутствует. Для днагностнкн безжелтушной формы используют определенне белкового состава кровн.

В процессе днспансерного наблюдення определяется комплекс лабораторных показателей, нз ннх важнейшнмн являются актнвность ферментов и белковый состав сывороткн кровн. Проводнть лабораторные нсследовання у выздоравлнвающнх прн днспансерном наблюденнн в условнях полнклнннкн чрезвычайно важно, так как клнннческое выздоровленне опережает функцнонально-морфологнческое восстановленне клеток печенн.

В днагностнке вирусного гепатнта существенное значенне наряду с даннымн клнннки н лабораторных аналнзов нмеют сведення эпидемнологнческого характера (контакт с больнымн). По совокупностн клннических, эпндемнологнческнх н лабораторных данных врач устанавлнвает днагноз болезни, форму тяжестн, определяет прогиоз н полноту выздоровлення в пернод днспансернзацнн переболевшнх.

## ПЕЧЕНЬ И АЛКОГОЛЬ

Не пейте спиртных напитков:
пьющим — яд, окружающим — пытка.
*В. В. Маяковский*

Увелнчнвающееся нз года в год употребленне алкоголя в различных странах, ухудшая показателн здоровья населення, наносит значнтельный соцнальный н экономнческнй ущерб. Средн прнчнн, вызывающнх преждевременную смерть людей, алкоголнзм заннмает од-

но из ведущих мест после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Вредное влияние алкоголя на печень известно давно. Однако только в последние десятилетия раскрыты механизмы повреждения печени. Дело в том, что 90—98 % алкоголя, поступившего в организм, окисляется в печени при участии фермента алкогольдегидрогеназы.

Путь алкоголя в человеческом организме следующий. Алкоголь из желудка лишь в небольшой части поступает в кровь и в печень. Основная его масса попадает в кровь из кишечника, так как его стенки способны быстро всасывать различные жидкости. Из кишечника алкоголь также поступает в печень, где он превращается под воздействием алкогольгидрогеназы в уксусную кислоту. Эта кислота и не успевший разложиться алкоголь поступают через сосуды в сердце, оттуда — в легкие и выводятся из легких с выдыхаемым воздухом в виде углекислого газа.

При длительном приеме алкоголя (более 30 граммов в сутки) в печени отмечается повышенный синтез жирных кислот и развивается ожирение органа. У здорового человека в печени содержится 2—4 % жира. Ожирение печени устанавливается в тех случаях, когда количество жира в печени превышает 10 % веса органа. Это установлено на основании экспериментальных исследований над животными.

Имелись различные точки зрения о влиянии алкоголя на печень. Вначале полагали, что главное токсическое воздействие на печень оказывает не чистый алкоголь (этанол), а содержащиеся в спиртных напитках (красные вина, бренди) примеси.

В настоящее время доказано, что непосредственно сам алкоголь (этанол) токсичен для печени. Подвергнута критике и точка зрения о том, что поражения печени при алкоголизме связаны с нарушением характера и режима питания.

В последнее десятилетие американскими исследователями на добровольцах было показано, что независимо от диеты прием алкоголя приводит к ожирению (стеатозу) печени.

Особо следует подчеркнуть вред любых доз алкоголя для больных и переболевших вирусным гепатитом. Именно у таких людей прием алкоголя способствует быстрому развитию хронического гепатита и цирроза печени.

Жировое перерождение печени чаще выявляется у людей, систематически употребляющих алкогольные напитки. Прекращение приема спиртных напитков может в короткие сроки приводить к нормализации уровня жира в печени. Напротив, возобновление приема алкоголя очень быстро сопровождается накоплением жира в органе.

Повреждение печени у алкоголиков развивается на фоне нарушений деятельности различных органов, что весьма существенно для диагностики алкогольного гепатита и цирроза печени и отличия его от вирусного гепатита. Острое отравление алкоголем, сопровождающееся поражением печени с развитием желтухи, наблюдается на фоне выраженных психических расстройств, именуемых делирием («белая горячка»).

По характеру клинических проявлений выделяют клинически не выраженную, латентную, а также желтушную (холестатическую) формы острого алкогольного гепатита. При любой форме заболевания больные жалуются на чувство тяжести, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту, снижение аппетита, общую слабость, потливость. Печень у больного увеличена в размерах, плотная, безболезненная при прощупывании. Лабораторное обследование алкоголиков показывает у них повышение холестерина в крови, умеренное повышение активности ферментов.

При прогрессировании болезни типичными являются следующие клинические симптомы: увеличение печени, алкогольный тремор рук, асцит, отеки голеней, психические нарушения. Имеется четкая зависимость между уровнем употребления алкоголя и показателем смертности от цирроза печени, о чем можно судить по табл. 1, которая была опубликована в 1982 году в докладе экспертов ВОЗ под заголовком «Проблемы, связанные с потреблением алкоголя».

Таким образом, алкогольные напитки — коварный яд, тяжело поражающий печень и другие органы. Приемы больших

Таблица 1

**Потребление алкоголя на душу населения и смертность от цирроза печени (на 100 тысяч населения Финляндии)**

| Год | Уровень потребления алкоголя | Смертность от цирроза печени |
|---|---|---|
| 1951 | 1,79 | 2,3 |
| 1960 | 1,85 | 3,3 |
| 1965 | 2,35 | 3,4 |
| 1970 | 4,30 | 4,2 |
| 1975 | 6,19 | 6,3 |

доз алкоголя способствуют быстрой хронизации патологических изменений печени. Наибольшую опасность представляет возникновение на фоне хронического гепатита рецидива острого алкогольного отравления. У таких людей возможны смертельные исходы. Продолжительность жизни больного алкоголизмом в среднем на 15 лет меньше среднестатистической. Только в условиях прекращения приема алкоголя возможно лечение тяжелых последствий алкоголизма.

Лечение больных, страдающих алкоголизмом, проводится в специальных наркологических диспансерах. Для улучшения функций печени им предписывается полноценная диета, богатая белками и витаминами, с одновременным снижением содержания жиров. Медикаментозные средства врачи назначают в зависимости от характера поражения печени и изменений функций других органов.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ

Наряду с вредными воздействиями и веществами все в наших болезнях обусловлено воздействием живых агентов.
*Шарль Николь*

Причиной хронических заболеваний печени могут явиться многочисленные факторы. Хронические гепатиты — это группа заболеваний, различных не только по этиологии (причине) болезни, но и по характеру структурных изменений печени, клиническим проявлениям и особенностям течения и исхода болезни. Хронические гепатиты отграничивают от острых условно по срокам болезни.

Хроническим гепатитом обычно называют патологический процесс в печени, продолжающийся более шести месяцев без нарушения дольковой структуры органа. Заболевание может быть самостоятельным или сопровождать различные другие хронические болезни. Выделяют четыре основные группы хронических гепатитов:

1. Хронические гепатиты, обусловленные преимущественно вирусной инфекцией.
2. Хронические гепатиты, связанные с нарушением обменных процессов в организме.
3. Токсические гепатиты.
4. Токсико-аллергические, или неспецифические реактивные гепатиты.

Хронический гепатит вначале может протекать в виде острого клинически выраженного процесса, продолжающегося в последующем длительное время в виде обострений и рецидивов болезни.

Нередко хронический гепатит развивается постепенно, исподволь — в этих случаях трудно бывает выделить острую фазу болезни. Такая форма чаще регистрируется у практически здоровых людей, доноров, в крови которых выявляется при плановых диспансерных обследованиях вирус гепатита В.

Тщательная диспансеризация с использованием комплекса лабораторных методов исследования, включая при необходимости прижизненное морфологическое исследование ткани печени, дает возможность выявить больных с вяло текущим скрытым хроническим гепатитом.

Наиболее часто встречающаяся этиологическая форма хронического гепатита — хронический вирусный гепатит.

По клинико-морфологическим признакам (характеру изменения структуры печени во время болезни) выделяют хронический персистирующий, или доброкачественный, гепатит и хронический активный, или агрессивный, гепатит, а также хронический холестатический гепатит.

Данные последних лет позволяют считать, что хронический гепатит чаще вызывается вирусом гепатита В и крайне редко — вирусом А. Следует учиты-

вать, что отсутствие вируса гепатита В в сыворотке крови не дает еще права отрицать вирусиую этиологию гепатита. У части больиых антигеи гепатита В обиаруживают в ткаии печеии.

Нередко хроиический гепатит обусловлеи иифицироваиием вирусами гепатита «ие А и ие В», диагиостика которых в настоящее время разработаиа иедостаточио. Советские учеиые А. Ф. Блюгер и. Х. М. Векслер, обобщив миогочислеииые работы отечествеииых и зарубежиых учеиых, в 1973 году предложили вирусио-иммуиогеиетическую коицепцию, которая следующим образом объясияет формироваиие хроиических форм вирусиого гепатита.

Развитие хроиического доброкачествеииого (персистирующего) гепатита связывают с иаличием возбудителя, обладающего иедостаточиой чужеродностью для оргаиизма и со слабой реакцией иммуииой системы иа возбудитель. Что касается хроиического активиого гепатита, то его формирование иаблюдается либо при иаличии вируса в крови, либо ои ие обиаруживается, а процесс имеет прогрессирующий характер.

Хроиический персистирующий вирусный гепатит развнвается после острого гепатита В при слабом типе реакций иммуииой системы иа вирус-возбудитель. Длительное сохранение вируса поддерживает воспалительный процесс в печеии, вызывая прогрессирующие деструктивиые измеиеиия в оргаие.

При хроиическом агрессивиом (активиом) гепатите отмечается сильиый тип реакции иммуииой системы иа возбудитель с повышениым образоваииеи антнтел и нммуниых комплексов. Зиачеиие геиетнческих факторов в развитии хронического агрессивного гепатита подтверждается значительиой частотой его обнаруження у людей с определениымн антнгеиами.

Ученые отмечают, что хроиические формы гепатнта чаще развиваются прн наличин других заболеваиий, алкоголнзма, профессиоиальных вредиостей, повышеииой фнзической нагрузки и другнх неблагоприятных факторов.

Клнническая картииа хроиического гепатита разиообразна. Больиые жалуются на общую слабость, сиижение аппетита, иногда горечь во рту, жжение в эпигастральиой области. Нередко отмечается тошиота, запоры, иногда поносы. При обостреииях болезии появляется зуд кожи, повышеиие температуры тела до субфебрильиых цифр (37,1—37,6 °С).

Часто иаблюдаются иарушеиия деятельиости иервиой системы: подавлениое настроеиие, потливость, повышеиная раздражительиость, иарушеиие сиа и другие симптомы. Вместе с тем иеобходимо отметить, что у иекоторых больных хроиическим гепатитом может сохраняться хорошее самочувствие при отсутствии каких-либо жалоб.

При осмотре у 1/3 больиых и в особеииости в период обостреиий выявляется различной иитеисивиости желтуха. У больиых можио обиаружить иаличие «печеиочиых ладоией» (покрасиеиие кожи в области ладоииой поверхиости большого пальца и мизиица), а также сосудистых «звездочек».

Указаииые звездочки представляют собой пульсирующий мелкий сосуд, от которого лучеобразио разветвляются тоиеькие иежиые сосудистые веточки, напомииающие иожки паука. Размер их колеблется от булавочиой головки до чечевицы в диаметре. Наиболее часто сосудистые звездочки располагаются иа лице, плечах и предплечьях, иа спиие. При улучшении функционального состояиия печеии оии могут исчезать.

Печеиь увеличеиа у подавляющего большииства больиых хроиическим гепатитом. Коисистеиция ее плотиая. У иекоторых больиых увеличивается в размерах селезеика.

Показателями актнвности патологнческого процесса в печенн могут являться даиные лабораторных исследований: повышенне содержания бнлнрубииа в крови и увеличеине актнвиости ферментов. Изменяются также белковые фракции: снижается уровень альбуминов и повышается — гамма-глобулниов.

Имеются особеииостн в клиинческнх проявлеииях хроического персистнрующего гепатнта и хронического актнвиого гепатнта.

Хроиический персистирующий гепатит — наиболее распространенная форма болезии, характернзующаяся доброкачественным течением. Клинические проявлеиня слабо выражеиы, биохимические

показатели изменены незначительно.

В диагностике хронического персистирующего гепатита существенное значение имеют результаты пункционной биопсии печени и других специальных методов исследования — ультразвуковое исследование печени (реография), рентгенография и другие.

Хронический активный гепатит отличается прогрессирующим и нередко тяжелым течением болезни с частым исходом в цирроз печени. Гистологически в печени при этой форме выявляется выраженная воспалительная инфильтрация, некрозы печеночных клеток, разрастание желчных протоков.

Большая заслуга в изучении хронического активного гепатита принадлежит известному советскому ученому академику Е. М. Тарееву, который выделил два варианта хронической активной формы вирусного гепатита: доброкачественного течения и злокачественного с исходом в цирроз.

Наиболее развернутая характеристика хронического активного гепатита была дана сотрудниками клиники, руководимой Е. М. Тареевым и его ученицей З. Г. Апросиной в монографии «Хронический активный гепатит как системное заболевание», вышедшей в свет в 1981 году. Авторы выделяют симптомы поражения печени (увеличение органа, желтуха) и внепеченочные признаки (поражение кожи, мышц, сердца, эндокринных органов).

В развитии хронического активного гепатита с поражением различных систем организма большое значение имеет активность вируса, его длительное сохранение в организме, особенности его иммунного ответа, в значительной степени наследственно обусловленного. Свидетельством тому служат примеры хронического активного гепатита с системными поражениями у членов одной и той же семьи. Приведем пример.

Больная Я., 30 лет, в 19 лет перенесла вирусный гепатит. В последующем у нее развился хронический гепатит с наличием поражений суставов и легких. Ее дочь в трехлетнем возрасте также переболела вирусным гепатитом. И у нее спустя три года выявился хронический гепатит с суставными поражениями.

Много подобных и других примеров семейных заболеваний хроническим гепатитом с системными поражениями приводится в вышеназванной монографии.

Хронический активный гепатит может иметь различные варианты течения: а) медленно прогрессирующее течение с поражением печени и других органов либо с преобладанием поражения печени; б) быстро прогрессирующее течение с выраженной активностью патологического процесса и быстрым формированием цирроза печени.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**Нет никакого сомнения, что спокойная, роскошная и сидячая жизнь с избытком потребления над расходом у человека, уже предрасположенного к образованию камней или их уже получившего, увеличивает все припадки.**

*С. П. Боткин*

Среди заболеваний желчных путей выделяют дискинезии и воспалительные их поражения. Дискинезии желчных путей — расстройство моторики и, следовательно, их своевременного опорожнения.

В основе дискинезии желчных путей лежит изменение деятельности центральной нервной системы. При этом нарушается согласованное сокращение мускулатуры желчного пузыря, сфинктера Одди и поступление желчи из желчного пузыря в общий желчный проток и двенадцатиперстную кишку.

В результате нарушения этого синергизма развивается дискинезия желчных путей и задерживается отделение желчи. Нередко дискинезии формируются после перенесенных инфекций, и в частности после вирусного гепатита.

Причиной мышечной слабости желчных путей могут явиться особенности строения тела (астенический тип), сидячий образ жизни, нарушение ритма питания, гормональные расстройства, уменьшение образования ферментов — холецистокинина и антихолецистокинина, регулирующих опорожнение желчного пузыря. При повышенной активности ферментов возможен заброс желчи в поджелудочную железу, что серьезно нарушает ее функцию.

Дискинезии желчных путей были впервые описаны в 1903—1909 годах хирургами, которые при операции больных с наличием сильных болей в правом подреберье (печеночная колика) не обнаружили воспаления и камней в желчном пузыре. В последующие годы после этих наблюдений дискинезии желчных путей были тщательно изучены врачами-терапевтами.

Большинство ученых, специалистов по заболеваниям печени и желчных путей, выделяют две формы дискинезий желчных путей: гипотоническую (гипомоторную) и гипертоническую. Общими симптомами для них являются невротические расстройства, боли в правом подреберье. Температура у больных обычно нормальная. Нередко у больных имеются и заболевания других органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, диабет.

Гипотоническая форма дискинезии желчных путей отличается тем, что боли в правом подреберье постоянные, отмечается тошнота, отрыжка, атонический запор.

При гипертонической форме боли в правом подреберье возникают периодически, больной жалуется на появление тошноты, чередования поносов с запорами.

Диагностика дискинезий желчных путей основана на клинической картине болезни, результатах фракционного исследования желчи и рентгенологическом обследовании больных. При дискинезиях отмечается повышение удельного веса и вязкости желчи, желчь выделяется из пузыря не всегда или прерывисто.

Для гипотонической дискинезии характерно удлинение периода опорожнения желчного пузыря.

При гипертонической форме дискинезии на рентгенограмме увеличена тень желчного пузыря, период его опорожнения укорочен.

Дискинезия желчных путей может являться стадией, предшествующей развитию воспалений желчного пузыря и образованию камней. В таком случае присоединяются другие симптомы болезни.

## Желчнокаменная болезнь. Воспалительные заболевания желчного пузыря (холецистит) и желчных путей (холангит)

Желчнокаменная болезнь — заболевание, при котором в желчном пузыре или (что бывает реже) в желчных протоках наблюдается образование желчных камней. Ученые считают, что желчнокаменная болезнь возникает на фоне холецистита и является одной из его форм.

Поэтому желчнокаменную болезнь и хронический холецистит объединяют часто под общим диагнозом «холецистит», различая калькулезный (каменный) и некалькулезный холецистит. Нередко воспаление распространяется и на желчные ходы. Тогда заболевание именуют как холецистохолангит.

Холециститы известны врачам с глубокой древности. Камни желчного пузыря находили при раскопках в египетских мумиях. Картина желчнокаменной болезни была прекрасно описана выдающимися врачами Гиппократом и Авиценной. В Древней Руси желчные камни использовались как украшение, знахари пытались изгонять их из желчных путей различными способами с использованием растительных средств.

Воспалительные заболевания желчных путей в настоящее время являются одними из наиболее распространенных болезней, причем в последние годы учеными выявлена тенденция к их росту. По некоторым статистическим данным, эти заболевания встречаются у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины.

Высокая заболеваемость желчнокаменной болезнью отмечается в странах Европы, в США, Канаде, несколько меньшая заболеваемость — в странах Юго-Восточной Азии и Африки. Считают, что это связано с условиями жизни, характером питания. Желчнокаменная болезнь чаще встречается в тех странах, где в пищу употребляют много жиров, веществ, богатых холестерином.

Развитию воспалительных заболеваний желчных путей способствуют инфекции, а также такие паразитарные заболевания, как лямблиоз. Микроорганизмы проникают в желчные протоки

восходящим путем из кишечннка, через кровь по системе печеночной артерин и лимфу через лнмфатнческне сосуды.

Нарушение режнма питання ведет к застою желчн н способствует развитию воспаления. Прн этом употребленне большнх колнчеств жнрной н жареной пищн также способствует обменным нарушенням, нзменению состава желчи, образованню камней. В развитин камней нмеют значенне н наследственные факторы. Описаны семьн, у членов которых желчнокаменная болезнь отмечалась из поколения в поколение.

Развнтню желчнокаменной болезнн способствует сумма факторов, в их числе беременность, нерегулярное пнтание, малоподвнжный образ жнзнн, нзбыточная масса тела, отягощенная обменнымн заболеваниямн наследственность, богатое жирамн нлн нзбыточное пнтание, вирусный гепатнт, сахарный диабет.

Ожнренне, подагра, сахарный днабет н другие обменные заболевання способствуют накоплению в желчн холестерина, из которого образуются желчные камнн (рнс. 3).

Желчные камнн образуются вследствне выпадения в осадок составных частей желчи. При этом состав желчи меняется (табл. 2). Лнтогенная желчь (так называют желчь страдающнх илн предрасположенных к желчнокаменной болезни) нмеет более высокнй процент холестернна.

Таблица 2

**Состав нормальной и литогенной желчи (средние величины в процентах)**

| Соединение | Нормальная желчь | Литогенная желчь |
|---|---|---|
| Холестерин | 7 | 13 |
| Фосфолипид | 23 | 19 |
| Холиевая кислота | 33 | 38 |
| Хенодезоксихолиевая кислота | 25 | 19 |
| Дезоксихолиевая кислота | 12 | 11 |

Величина камней может быть разлнчна: от булавочной головкн до сливы и крупного яйца. В желчном пузыре в зависимостн от размера камней нх может быть от одного до нескольких десятков.




*Рис. 3.* Основные типы структур желчных камней: 1 — фасеточные; 2 — гранулированные; 3 — слоистые; 4 — аморфно-слоистые; 5 — сростковые; 6 — шлакоподобные; 7 — шиповидные; 8 — кактусовидные

Клинческне проявления желчнокаменной болезнн разнообразны. Возможно бессимптомное носительство камней. Согласно данным, опубликованным различнымн ученымн, каждый четвертый человек нз нмеющнх камни в желчном пузыре не нмеет какнх-лнбо связанных с ннмн расстройств.

Нанболее типичным проявленнем желчнокаменной болезни является желчная (печеночная) колнка. Для нее характерно появление резчайших болей в правом подреберье, которые распространяются на левое подреберье и поясницу («опоясывающие» боли) и иррадннруют в правое плечо нлн лопатку. Возможна нрраднацня болей в областн сердца с нзмененнем его функцнй, арнтмней, затрудненнем дыхання, что напомннает картину стенокарднн.

Иногда после нескольких таких при-

ступов появляется желтуха, увеличивается печень, что помогает правильно установить диагноз заболевания. Изредка движение камней в желчных путях проявляется головными болями, приступами мигрени.

Течение желчнокаменной болезни (желчной колики) и характеристика камней описаны С. П. Боткиным в лекциях «О желчной колике». Приведем выдержки из этих лекций.

«Вы видите перед собой больную... где, как вы помните, осмотр ее склер главным образом подтверждал, что мы имели дело действительно с желтухой, которую мы объяснили механической причиной, то есть задержкой желчи. При расспросе больной вы узнали о тех явлениях, которые предшествовали этому заболеванию.

Больная, ложась спать совершенно здоровой, внезапно просыпается ночью от сильной боли в левой стороне живота, распространяющейся затем на правое подреберье и весь живот и доходящей до такой степени, что она сильно страдает, обливаясь при этом холодным потом, тяжело дыша, с похолоделыми конечностями и не находя, так сказать, места в своей постели.

Так мучается она около трех часов, затем боли немного слабеют, но не прекращаются еще 12 часов, и все это время больная, человек простой и неизнеженный, проводит в постели.

Затем наступает период облегчения, когда она болей не испытывает, но все-таки чувствует себя больной, а ночью опять начинаются те же явления, только боль, пожалуй, полегче, но зато присоединяется рвота, озноб и жар. Опять боли облегчаются через три часа — вместе с появлением отрыжки, но без отхождения ветров — и опять-таки совсем ее не оставляют еще часов 10—12.

Затем наблюдается светлый промежуток в один сутки, и с тех пор боли эти, хотя и не с такой степенью силы, повторяются каждодневно, держась часа по два и главным образом в подложечной области.

На второй или третий день ее заболевания родные замечают, что она пожелтела, и в конце недели она поступает в клинику с ясной желтухой и присутствием желчных пигментов и кислот в моче. Здесь в течение наблюдения за ней боли повторяются каждодневно уже днем, хотя держатся очень недолго, а желтуха довольно быстро и на наших глазах уменьшается...

...Что касается до формы камней, то она большей частью бывает круглая, продолговатая или многоугольная, иногда очень правильная, вроде куба, тетраэдра и т. д., иногда же они лишены этой правильности, с поверхностью или гладкой или бугристой, и большей частью своеобразно жирные на ощупь, конечно, в свежем состоянии.

Что касается до химического состава, то чаще всего они образуются холестерином вместе с пигментом, реже чистым холестерином или пигментом, далее, пигментом вместе с известью. Цвет и строение их зависят обыкновенно от химического состава: камни, состоящие из чистого холестерина, похожи на алебастр; еще более белый цвет имеют очень редкие камни, состоящие из углекислой извести; наоборот, чем больше примешивается пигмента, тем цвет камней темнее, от зеленовато-бурого до черноватого оттенка.

Строение также различно: нередко наблюдается совершенно правильная, радиарная лучистость, идущая от центра, или, в сложных камнях, иногда вместе с этим концентрические правильные слои, наложенные друг на друга. Иногда находят поверхность камней как бы изъеденную и более или менее разложенную, равно как встречаются и обломки камней.

Развиваясь сначала в первых желчных путях или каналах внутри печени и всего чаще в желчном пузыре, они до поры до времени лежат здесь спокойно и ничем для нас не проявляются, когда вдруг под влиянием каких-то неизвестных нам условий начинают свое движение по желчным каналам, давая приступы колики...»

В настоящее время желчнокаменную болезнь различают также по характеру течения: остроболевую, торпидную и диспептическую. При остроболевой форме имеется типичный приступ желчной колики. Торпидная форма отличается длительными постоянными тупыми болями в правом подреберье, которые усиливаются при погрешностях в диете. Диспептиче-

ская форма характеризуется тошнотой, плохой переносимостью жирных блюд, иногда поносами. Типичные болевые приступы при этой форме не отмечаются.

Диагноз желчнокаменной болезни устанавливают по результатам рентгенологического исследования желчного пузыря, используется и ультразвуковое исследование.

Желчнокаменная болезнь может осложниться желтухой, водянкой желчного пузыря или его нагноением с развитием воспаления брюшины — перитонитом.

**Хроническое воспаление желчного пузыря (хронический холецистит)** развивается вследствие инфицирования желчи. Это наблюдается нередко при наличии в желчном пузыре камней.

Наиболее часто возбудителями холецистита являются кишечная палочка, реже — стафилококки, энтерококки и другие микроорганизмы. Холециститы и холангиты могут быть вызваны внедрением в желчные пути таких паразитов, как лямблии, сибирская печеночная двуустка. Они вызывают раздражение слизистой оболочки, воспалительный процесс и способствуют заносу микробов.

Клиническая картина хронического холецистита напоминает клинику желчнокаменной болезни. Разграничивать эти заболевания в большинстве случаев сложно и не всегда возможно. При хроническом холецистите у больных нередко в желчном пузыре или в желчных протоках имеются камни, которые и способствуют развитию воспаления.

В тех случаях, когда хроническое воспаление желчного пузыря протекает без камней, отмечается повышенная склонность к их образованию. Имеино поэтому больных с хроническим холециститом врачи всегда обследуют рентгенологически, чтобы выяснить, а нет ли у них камней в желчных путях.

Основными жалобами больных с хроническим холециститом являются: тупые или приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией их под правую лопатку, в ключицу, надплечье. Боли провоцируются или усиливаются после употребления жирных, жареных блюд, копченостей, спиртных, холодных и газированных напитков, а также при физических напряжениях и при различных стрессовых ситуациях. При этом больных может беспокоить тошнота, слабость, по вечерам — повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,2—37,5 °C).

При осмотре больных выявляется болезненность при пальпации живота в правом подреберье, в зонах проекции желчного пузыря.

Иногда врачу удается прощупать увеличенный, болезненный желчный пузырь. Печень у больных хроническим холециститом обычно не увеличена. Желтуха развивается после приступа печеночной колики, а у некоторых больных и без болей вследствие закупорки общего желчного протока камнем. При этом отмечается обесцвеченный стул и темная окраска мочи.

Лабораторное обследование вне приступа позволяет выявить увеличение количества лейкоцитов, нерезко повышенную скорость оседания эритроцитов (СОЭ). В период приступа лейкоцитоз может быть очень большим, отмечаются изменения формулы крови (появление юных и большое число палочкоядерных нейтрофилов). Повышается содержание билирубина, активность аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы.

Как мы уже отмечали выше, для диагностики хронического холецистита важное значение имеют результаты рентгенологического исследования.

Диагноз хронического холецистита без наличия камней устанавливают по данным клиники, лабораторных исследований. Важное значение при этом имеют результаты дуоденального зондирования, позволяющего получить желчь из различных отделов (желчного пузыря, желчных путей).

Если прощупать увеличенный желчный пузырь удается не всегда, то болезненность области его расположения врачи выявляют у многих больных. Приведем некоторые из симптомов, характерных для холецистита:

1. Появление или усиление боли при прощупывании области расположения желчного пузыря на вдохе (симптом Кера).

2. Появление боли при перкуссии в области проекции желчного пузыря (симптом Ортнера).

3. Возникновение боли при поколачивании области проекции желчного пузы-

ря при вдохе в период увеличения объема живота (симптом Гаусмана).

4. Болезненность при поколачивании по реберной дуге справа (симптом Грекова — Ортнера).

5. Болезненность во время пальпации области желчного пузыря при вдохе и втянутом животе, если больной при этом внезапно прерывает вдох (симптом Мерфи), а также болезненность: а) справа и несколько вверх от пупка; б) при надавливании на мечевидный отросток; в) при надавливании над ключицей справа в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосковой мышцы (френикус-симптом, или симптом Мюсси).

6. Болезненность при пальпации справа на уровне шестого, девятого, одиннадцатого грудных позвонков.

Приведем краткие сведения по методике проведения дуоденального зондирования, что очень важно для больного. Следует указать, что, во-первых, извлечение желчи с помощью дуоденального зондирования используется с диагностической целью для определения наличия воспалительных элементов, паразитов, желчного песка.

Во-вторых, извлечение желчи является лечебной процедурой, уменьшающей застойные процессы в желчных путях и, следовательно, предупреждающей образование камней и прогрессирование воспаления. Дуоденальное зондирование больными переносится хорошо, процедура эта сравнительно неопасная.

Однако некоторым больным дуоденальное зондирование противопоказано. Это больные с печеночной коликой, больные, перенесшие недавно желудочно-кишечные кровотечения, имеющие тяжелые поражения сердца и тяжелую гипертоническую болезнь, расширение вен пищевода и искривления шейно-грудного отдела позвоночника.

Для того чтобы дуоденальное зондирование прошло успешно, больному рекомендуется накануне исключить из пищевого рациона продукты питания, которые вызывают гнилостные и бродильные процессы в кишечнике. К таким продуктам относятся капуста, картофель, молоко и др.

Зондирование производится натощак, обычно в утренние часы. Используется зонд с металлической оливой на конце, которая имеет три метки. При введении больному зонда до первой метки появляется первая порция желчи (порция «А»). Она золотисто-желтого цвета в количестве 15—20 миллилитров.

Затем зонд вводят до второй метки и в него вливают 40—50 миллилитров 33 %-ного раствора сульфата магния (магнезии), подогретого до 40 °C. Магнезия вызывает сокращение желчного пузыря, сфинктеров желчного пузыря (сфинктер Люткенса) и общего желчного протока (сфинктер Одди), что способствует поступлению пузырной желчи (порция «В») в двенадцатиперстную кишку. Количество пузырной желчи, выделяемой за 20—30 минут, достигает 30—50 миллилитров. Эта желчь темно-оливкового, почти коричневого цвета.

После освобождения желчного пузыря от желчи начинает выделяться золостисто-желтая желчь (порция «С») из желчных протоков.

Иногда первое исследование может не дать положительных результатов. В таких случаях при повторных направлениях на дуоденальное зондирование больному в течение трех дней на ночь назначают по шесть капель 0,1 %-ного раствора атропина. Тем больным, которые плохо переносят магнезию, чтобы добиться сокращения желчного пузыря, дают концентрированные растворы сахара или глюкозы, сорбита, ксилита или оливкового масла.

В последние годы широкое распространение получил метод многофракционного дуоденального зондирования. Такой метод позволяет получить более полное представление о функциональном состоянии желчного пузыря и желчных путей. При этом вместо трех порций получают пять фракций, которые учитывают в соответствии с оттоком желчи по минутам. Упомянем их.

**Первая фракция (фаза).** Ее еще называют «холедохус фаза». Сфинктер Одди при этой фазе открыт, из общего желчного протока вытекает небольшое количество желчи. Продолжительность фазы 14—16 минут.

**Вторая фаза** — сфинктер Одди закрыт (от введения магнезии до появления окрашенного желчного секрета). Продолжительность — три — пять ми-

нут. При спазме сфинктера Одди (сфинктера общего желчного протока) наблюдается удлинение этой фазы.

**Третья фаза** — желчь «А» (от раскрытия сфинктера Одди до появления желчи «В»), продолжительность три-четыре минуты, выделяется три-четыре миллилитра светлой желчи из пузырного и общего желчного протока.

**Четвертая фаза** — желчь «В» (расслабление сфинктера желчного пузыря), продолжительность 20—30 минут, выделяется 25—45 миллилитров темной желчи.

**Пятая фаза** — желчь «С» (по окончании выделения желчи «В»). Объем менее 30 миллилитров. В этот период вводят повторно магнезию для полного опорожнения желчного пузыря.

В практике используется и метод хроматического дуоденального зондирования. В таком случае для определения пузырной желчи вводится метиленовый синий. Он выделяется из печени вместе с желчью, окрашивая последнюю в сине-зеленый цвет.

За 12 часов до введения дуоденального зонда больным вводят внутрь в желатиновой капсуле 0,15 грамма метиленового синего. После отхождения порции «А» через дуоденальный зонд вводят 50 миллилитров 30 %-ного раствора сульфата магния или 50 миллилитров 40 %-ного раствора ксилита, подогретого до температуры тела. Время от введения раздражителя до начала поступления порции «В» сине-зеленого цвета составляет латентный период.

Время, приходящееся на отделение порции «В» (период опорожнения), и ее объем учитывают отдельно. Если порция «В» не отделилась, раздражитель вводят вторично и измерения повторяют. По скорости и количеству оттекаемой желчи можно судить о наличии или отсутствии дискинезий желчных путей.

Исследование желчи производят сразу после ее получения. Наличие в пузырной желчи хлопьев с цилиндрическими эпителиальными клетками и лейкоцитов свидетельствует о холецистите. Однако если все обнаруженные лейкоциты расценивать как воспалительные, то это будет диагностической ошибкой. Для установления диагноза холецистита важно обнаружить не только лейкоциты и хлопья, но и слизь цилиндрических эпителиальных клеток желчных ходов.

Диагноз холецистита подтверждается тогда, когда врач замечает в желчи кристаллы холестерина, песка, желчных и жирных кислот. Для установления возбудителя холецистита делают раздельно посев всех трех порций желчи и при этом определяют как вид микробов, так и подсчитывают выросшие колонии. При микроскопическом исследовании в желчи можно обнаружить таких паразитов, как лямблии, печеночную и кошачью двуустку и другие. Их выявление имеет важное значение для разработки тактики лечения больного.

## ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

**Описторхоз**. Наиболее тяжело протекает поражение печени и желчных путей, вызванное кошачьей, сибирской двуусткой — возбудителем описторхоза. Название «кошачья двуустка», или «кошачий сосальщик», гельминт получил из-за того, что впервые был обнаружен в печени кошек. Наличие двух присосок определило другое название паразита — двуустка (рис. 4). У человека гельминт был впервые выделен и описан в 1891 году в Сибири ученым-паразитологом К. Н. Виноградовым, поэтому ученые называют его «сибирской» двуусткой.

Яйца двуустки (рис. 5) поступают во внешнюю среду из кишечника больных людей или животных, далее они попадают в водоемы и заглатываются пресноводным моллюском, или битинией. Битиния — моллюск небольших размеров (до полутора сантиметров), населяющий неглубокие водоемы с медленно текущей или стоячей водой. Особенно много битиний на территории Обско-Иртышского бассейна.

Битинии, которые находятся в водоемах, передвигаясь в поисках пищи, вместе с кормом поедают яйца двуустки. Яйца, не попавшие в желудочно-кишечный тракт битиний, погибают. Поэтому распространение описторхоза зависит от наличия битиний в водоемах. Через месяц в организме моллюска образуется

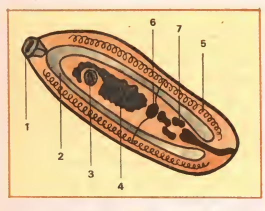



*Рис. 4.* Описторхис — сибирская двуустка (кошачий сосальщик): 1 — ротовая присоска; 2 — ветвь кишечника; 3 — брюшная присоска; 4 — матка; 5 — желточники; 6 — яичник; 7 — семенник



*Рис. 5.* Кошачья двуустка (яйцо)

личинка, которая проникает с помощью присоски в организм рыб семейства карповых (язь, елец, вобла, плотва, линь, азан, лещ и др.) и задерживается в их мышцах.

Заражение животных и человека происходит при употреблении в пищу сырой, малосольной, вяленой или недостаточно термически обработанной рыбы (рис. 6). У человека описторхоз встречается в РСФСР среди жителей Тюменской, Омской, Томской, Свердловской, Новосибирской областей; в Казахстане — в Семипалатинской и Павлодарской областях; на Украине — у жителей Черниговской, Сумской, Киевской областей.

Описторхоз встречается и в странах Европы и Азии.

Клинические проявления острого описторхоза были описаны впервые в нашей стране в 60-х годах Б. А. Павловым. Заболевание характеризуется длительным повышением температуры тела, различными аллергическими проявлениями (боли в суставах, отечность лица, зуд кожи, крапивница и др.). У большинства больных отмечаются боли в области печени и желчного пузыря, в подложечной области. Примерно у половины больных отмечается увеличение размеров печени и иногда желтуха.

Острый описторхоз наблюдается преимущественно у тех людей, которые заражаются, впервые приехав в район, неблагополучный по данному заболеванию. У местных жителей чаще регистрируется хронический описторхоз. Приведем данные наблюдений, описанные нами в монографии «Описторхоз» совместно с Е. С. Белозеровым в 1981 году.

Клиническая картина хронического описторхоза разнообразна. У местных жителей, проживающих в очаге описторхоза, заболевание развивается исподволь, тянется годами, поэтому трудно бывает установить начало болезни.

Анализ изученных нами историй болезни 356 больных хроническим описторхозом жителей Тюменской и Семипалатинской областей позволил установить, что большинство из них употребляло в пищу сырую или вяленую рыбу. Следует отметить, что длительность течения описторхоза у местных жителей определяется не только продолжительностью жизни двуустки, но и повторным заражением.

Так, многие больные указывали, что в последние годы они не употребляли в пищу сырой рыбы, но часто использовали вяленую рыбу домашнего приготовления. Последняя, по свидетельству многих ученых, часто является причиной заражения описторхозом городского населения.

Клиническая картина хронического описторхоза при всем своем разнообразии сводится в основном к симптомам, свидетельствующим о поражении пече-

нн н желчных путей, развнвается холангногепатнт н холецистогепатнт.

Раньше всего у больных наблюдаются снмптомы пораження желчных путей, а позже — н печеночных клеток. Это связано с тем, что основным местом пребывания двуусткн в органнзме человека являются внутрнпеченочные желчные пути.

Воспаленне желчевыводящнх путей в сочетаннн с днскннезней обусловлнвает наряду с болевым снндромом (болн в правом подреберье н подложечной области) явления диспептического характера, нарушение функций кишечннка (тошнота, рвота, запоры нлн поносы).

Болн в правом подреберье могут нметь различный характер: тупые, прнступообразные, режущне, колющие. Онн сравннтельно редко связаны с прнемом пнщи, хотя после еды у больных может возникать чувство тяжестн, онн ощущают пнщу как «груз в желудке».

Иногда больные жалуются на болн в левом подреберье опоясывающего характера, что свндетельствует о вовлеченни в патологическнй процесс желудка н поджелудочиой железы.

Прн обследоваиин больных нередко выявляется желтая окраска склер, нногда н кожн, увелнченне печенн, положнтельный Френикус-снмптом, снмптомы Кера, Ортнера н другне. У больных с хроннческнм опнсторхозом значнтельно нзменены н бнохнмнческне показателн кровн, характерnзующне функцню печенн. Прн налнчнн желтухн повышено содержанне прямого (связанного) билирубнна. У многих больных выявлена актнвность аланннамниотрансферазы, щелочной фосфатазы, холестерина н др.

Налнчне дискниезин желчных путей н холецнстнта у больных опнсторхозом подтверждается результатамн дуоденального зондирования. У большннства больных отмечается выраженная гнпокииетнческая дискинезня: удлинеине латеитного периода, то есть времени от введеиия раздражителя до начала оттока желчи, увелнчение времеии опорожнеиия желчиого пузыря и выделенне большого колнчества пузыриой желчи. В порцнях «Б» н «С» нередко выявляются нзмеиення, свндетельствующие о воспалнтельном процессе.

Днагноз опнсторхоза подтверждается выделеннем яиц сибирской двуусткн нз дуоденального содержнмого нли нз кала. Причем чаще яйца обнаружнваются в желчи. Для нсследовання полученную желчь центрифугнруют, осадок н плавающне хлопья нсследуют под мнкроскопом. Яйца гельмннта очеиь мелкне, овальные, бледно-желтого цвета с двухконтурной оболочкой, нмеющей крышечку на одном полюсе н небольшое утолщенне в внде шнтка — на другом.

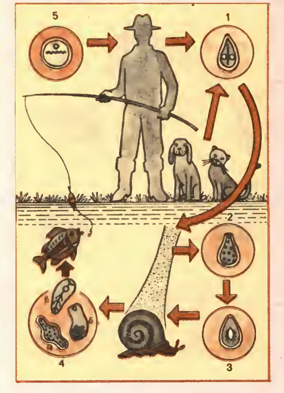



*Рис. 6.* Схема цикла развития описторхиса; 1 — половозрелая форма в печени; 2 — одно из выведенных яиц описторхиса; 3 — яйцо с развившимся мирацидием; 4 — стадии развития описторхиса в битинии: *а* — спороциста, *б* — редия, *в* — церкарий; 5 — метацеркарий в ткани рыбы.

У больных описторхозом с холангногепатнтом может развнваться первнчный рак печенн. Днагностика последнего чрезвычайно трудна, так как его клнннческая снмптоматика «замаскнрована» проявлением ннвазни. В целях днагностнкн нспользуют различные методы, в нх числе раднонзотопное сканнрованне, томографню контрастнрованной печенн, портогепатографию н др.

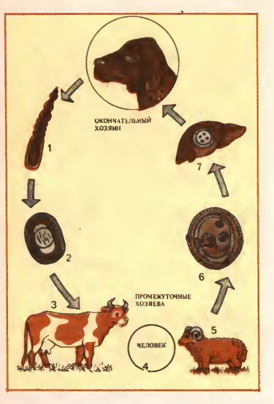



*Рис. 7.* Развитие цепня эхинококка; 1 — цепень эхинококка; 2 — яйцо; 3, 4, 5 — промежуточные хозяева; 6 — пузырчатая личинка (финка); 7 — эхинококкозная печень

При описторхозе возможны и другие опасные для жизни осложнения, требующие экстренного хирургического вмешательства. К их числу относятся гнойный и деструктивный холангит, флегмонозный холецистит. Разрыв измененных желчных протоков ведет к поступлению гноя в брюшину с развитием желчного перитонита.

Клиническая картина желчного перитонита характеризуется внезапно возникшими сильными болями в животе, крайней тяжестью заболевания, что проявляется с первых часов развития этого осложнения.

Современная диагностика описторхоза и проведение комплексной терапии являются залогом профилактики тяжелых осложнений и способствуют выздоровлению больных.

**Эхинококкоз.** Это заболевание встречается на земном шаре повсеместно, но чаще — в южных странах. Возбудителем болезни человека является личинка эхинококка, которая представляет собой пузырь (пузыревидная личинка) диаметром от четырех до 50 миллиметров. Стенка пузыря состоит из двух слоев — наружного и внутреннего. Из клеток внутреннего слоя образуются мелкие выпячивания, или камеры, содержащие головки паразита. Таких камер в одном пузыре может быть до сотни. Полость пузыря заполнена жидкостью.

Человек заражается личинкой возбудителя чаще всего от собаки, у которой паразитирует взрослый зрелый эхинококк, имеющий длину три — шесть сантиметров и состоящий из головки с четырьмя присосками, шейки и трех-четырех члеников. В последних находятся зрелые яйца числом 400—800. Членики эхинококка, содержащие яйца, из организма собаки попадают во внешнюю среду с пометом; находясь во внешней среде, они способны передвигаться, заползать на растения. Травоядные животные (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи) могут заглатывать их с травой и таким путем заражаться эхинококкозом. Собака заражается, поедая мясо больных животных.

При тесном контакте с собаками, шерсть которых загрязнена члениками или яйцами паразита, может заразиться человек (рис. 7). С шерсти собаки яйца попадают на руки человека, продукты питания и заносятся через рот в желудочно-кишечный тракт. Опасно также употребление сырых немытых овощей и фруктов, которые могут быть обсемененными возбудителем.

Яйца эхинококка устойчивы к факторам окружающей среды, при температуре 10—26 °С они остаются жизнеспособными в течение месяца. Температура 60°С убивает их за 10 минут, а 100° — через несколько секунд.

Попав в кишечник человека или животных, яйца освобождаются из оболочек и проникают через стенку кишки в кровь. Током крови они заносятся в различные органы, но чаще всего в печень и легкие. В пораженных органах развивается пузыревидная личинка.

Личинка паразита, попав в печень человека, развивается очень медленно, до 10 месяцев, а иногда и нескольких лет.

Поэтому первые признаки заболевания — повышение температуры тела, высыпания на коже, слабость — возникают спустя длительный срок от момента заражения.

Различают три стадии эхинококкоза печени. Первая стадия — от времени попадания яйца в организм человека до появления симптомов болезни (инкубационный, или скрытый, период).

Вторая стадия проявляется общетоксическими симптомами (сыпь, лихорадка, слабость, снижение работоспособности, похудание). Отмечаются боли в правом подреберье и подложечной области, расстройство стула. Печень обычно значительно увеличена, уплотнена и бугриста.

В третью стадию — стадию осложнений — развиваются нагноения эхинококковых пузырей с возможными прорывами в брюшную или плевральную полость, рассеиванием личинок по организму. В этот период из-за сдавления пузырем желчных протоков может развиваться механическая желтуха. При лабораторном обследовании выявляются нарушения функций печени, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз с увеличением числа эозинофилов в крови.

Для специфической диагностики болезни врачи прибегают к внутрикожной пробе с эхинококковым антигеном и к реакциям, направленным на выявление антител к паразиту. Помогают диагностике инструментальные методы исследования печени: ультразвуковое, радиоизотопное, рентгенологическое.

Лечение эхинококка — только хирургическое.

Профилактика заболевания — это прежде всего соблюдение личной гигиены, обследование собак с целью выявления зараженных эхинококком и уничтожение больных животных. Чрезвычайно важны ветеринарные мероприятия — строгий надзор за тем, чтобы собаки не поедали пораженные эхинококком органы павших животных, предупреждение заражения скота и др.

Заболеванием, напоминающим по своим признакам эхинококкоз, является **альвеококкоз.** При этом заболевании источниками инфекции являются дикие животные (песец, лисица, волк), реже домашние (собака, кошка). Человек заражается при употреблении воды из водоемов, загрязненных личинками возбудителя, дикорастущих ягод, но чаще — при снятии шкурок с убитых песцов или лисиц и при контакте с больной собакой.

Клиническими признаками альвеококкоза являются тяжесть и боли в правом подреберье, увеличение и уплотнение печени (специалисты называют такое состояние «каменистой плотностью»), истощение, желтуха. Однако по этим симптомам отличить альвеококкоз от эхинококкоза очень трудно. Помогают в диагностике методы выявления специфических антител к возбудителю. Лечение — хирургическое, с использованием препаратов, воздействующих на альвеококк.

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Лечение болезней печени — сложная задача. В условиях советского здравоохранения профилактическая направленность определяет всю систему медицинской помощи населению. Эта система включает следующие основные элементы:

изучение состояния здоровья населения с целью активного выявления больных в ранних, начальных стадиях заболевания;

взятие на специальный диспансерный учет больных граждан;

организация специализированного лечения на этапах поликлиника — стационар — санаторий — поликлиника.

В Советском Союзе для лечения больных с заболеваниями печени и желчных путей имеются гастроэнтерологические и гепатологические отделения в терапевтических, хирургических и инфекционных стационарах. В поликлиниках функционируют гастроэнтерологические кабинеты и кабинеты инфекционных заболеваний. Все это способствует своевременному проведению комплекса плановых лечебных и социально-профилактических мероприятий.

Лечение больных с заболеваниями желчных путей проводят в зависимости от выявленных причин и форм болезни. Общим принципом лечения является улучшение регуляторных механиз-

мов желчеотделения, устранение дискинезии желчных путей. В каждом конкретном случае важно выявить факторы, вызвавшие и способствующие прогрессированию дискинезии и воспалению желчевыводящих путей.

При гипомоторной форме дискинезии врачи используют лечебные препараты, обладающие желчегонным, стимулирующим действием. Применяются минеральные воды, лучше в холодном виде (Ессентуки № 4, № 17, Арзни, Смирновская и др.), физиотерапевтические процедуры. Не реже двух раз в неделю производят беззондовое «слепое» промывание желчных путей (тюбаж).

Методика проведения тюбажа следующая.

Утром, натощак больному дают выпить 200—250 миллилитров минеральной воды из предварительно открытой бутылки (негазированной или малогазированной), комнатной температуры. К минеральной воде можно добавить пять граммов сернокислой магнезии или сорбита, что способствует более энергичному освобождению желчного пузыря. Через 15—20 минут снова дают выпить минеральную воду в таком же количестве.

После приема минеральной воды больной находится в горизонтальном положении в постели в течение полутора-двух часов, с грелкой в области правого подреберья. Тюбаж можно производить, используя в качестве раздражителя только раствор сернокислой магнезии, или сорбита, или настоя желчегонных трав.

При гипертонической форме дискинезии желчных путей используют препараты спазмолитического действия (бром, новокаин, белладонна, но-шпа, эуфиллин и другие). Тюбаж и дуоденальное зондирование проводят эпизодически, вне периодов обострений.

Важное значение для борьбы с инфекцией имеет применение антибактериальных препаратов. Их назначение требует специальных показаний. Выбор препарата проводится с учетом выделенного возбудителя и чувствительности к нему организма больного. Антибиотики вводят больным при дуоденальном зондировании непосредственно через зонд.

Врачи используют желчегонные средства, усиливающие секрецию желчи и тем самым обеспечивающие промывание желчных путей. К ним относятся препараты, содержащие желчные кислоты (дехолин, хологон, аллохол, холензим), химически синтезированные (оксифенамид, цинквалон), препараты растительного происхождения (бессмертник, кукурузные рыльца, перечная мята, зверобой, пижма, корень одуванчика, шиповник и др.).

Применяют препараты, вызывающие расслабление тонуса желчных путей — белладонну, берберин, чистотел, метацин и др. Некоторые из названных лекарственных веществ обладают и антибактериальным действием.

Из трав готовят отвары. Например, бессмертник, кукурузные рыльца, шиповник, зверобой — из расчета по одной столовой ложке сухих трав на один стакан воды. Употребляют их по половине стакана 2—3 раза в день до еды.

К сильнодействующим средствам, обеспечивающим повышенное выделение желчи, относятся яичные желтки, растительные масла, сернокислая магнезия, соль «Барбара» и карловарская соль.

Отсутствие эффекта от лечения различными медикаментозными средствами, повторные тяжелые приступы печеночной колики с появлением упорной желтухи являются основанием для хирургического вмешательства.

Весьма существенным вопросом является диета больных с заболеваниями печени. Это основа лечения; никакие лекарства не помогут больному, если больной не будет соблюдать диету.

## Организация лечебного питания при заболеваниях печени и желчных путей

Правильно организованное питание предусматривает обеспечение организма всеми необходимыми для жизни и здоровья питательными веществами.

В питании больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей, как и здорового человека, требуется правильное соотношение белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов. При недостаточном поступлении с пищей указанных веществ нарушаются

обменные процессы и страдают различные функции организма.

Особенно это касается белка. В организме нет его запасов, и потому расходуемый в процессе жизнедеятельности белок должен восполняться за счет пищи. При нарушении синтеза белка, что наблюдается при заболеваниях печени, его потребление можно увеличить до 120 граммов в сутки (в норме суточная потребность в белке составляет 100 граммов).

Белки животного происхождения находятся в мясе, яйцах, молоке, молочных продуктах; состав их близок к составу белков крови и тканей человека. Белки растительного происхождения, имеющиеся в хлебе, крупах, усваиваются труднее и не содержат нужных ингредиентов (например, аминокислот). Поэтому половина белков пищевого рациона должна включать белки животного происхождения.

Жир в организм поступает извне, но может образовываться из углеводов и белков. Жиры — это не только источник энергии, с ними в организм поступают жирорастворимые витамины: А, Д, Е, К. С точки зрения гигиены питания более полезны жиры растительные и менее — животные.

Суточная потребность в жире здорового человека 100—120 граммов. Ограничение жира в суточном рационе (до 60 граммов) показано при некоторых заболеваниях, печени, желчных путей и поджелудочной железы. При этом ограничение идет за счет исключения свиного, говяжьего и бараньего сала.

Углеводы, так же как и жиры, являются основными источниками энергии. Они могут образовываться в организме из жира и белка. При избыточном введении в организм углеводы переходят в жиры. Ранее углеводы рассматривались как необходимые продукты для больных с заболеваниями печени, без какого-либо ограничения. Однако исследования последних лет показали, что избыточное их потребление усиливает образование жира в организме, приводит к ожирению, нарушает деятельность сердечно-сосудистой системы и отрицательно сказывается на состоянии полезной кишечной микрофлоры.

Избыточное количество углеводов нарушает обмен холестерина. Ввиду этого людям пожилого и зрелого возраста рекомендуется уменьшить прием углеводов до 300 граммов в сутки. При заболеваниях печени и желчных путей количество потребляемых углеводов должно соответствовать нормам для здорового человека (до 400—500 граммов в сутки). Увеличивать их в пищевом рационе не рекомендуется.

Углеводы содержатся в мучных и крупяных изделиях, в овощах, фруктах и ягодах. Последние особенно ценны, так как в них имеется большое количество растительной клетчатки. Последняя не всасывается в кишечник и не имеет питательной ценности для человека. Вместе с тем она необходима, так как, механически воздействуя на кишечник, усиливает сокращение мышц кишечника, ускоряет продвижение его содержимого.

Овощи, фрукты и ягоды содержат также большое количество необходимых для организма витаминов и минеральных солей. Витамины — важные компоненты пищи для нормального обмена веществ, их недостаток приводит к развитию различных заболеваний. Однообразное диетическое питание или нарушения деятельности пищеварительной системы могут приводить к гиповитаминозу. Для больных с заболеваниями печени и желчных путей особо важны витамины А, С, В и К.

Витамин А содержится в сливочном масле, яйцах, жирной сельди. В моркови он находится в виде провитамина А — каротина, который в организме человека переходит в витамин А. Много каротина в петрушке, мяте, абрикосах и других растительных продуктах. Недостаток витамина А нарушает деятельность желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, глаз из-за поражения слизистых оболочек.

Витамин С (аскорбиновая кислота) в организме человека не образуется, он должен поступать с пищей. Витамин С участвует в различных обменных процессах, является фактором, способствующим окислению аминокислот, промежуточных продуктов распада углеводов и жиров до воды и углекислоты, выводимых из организма. Витамин С в совокупности с витамином Р (рутин) уплотняет стенку сосудов, препятствуя тем са-

мым развитию геморрагического диатеза. При тяжелой физической нагрузке, заболеваниях печени и желчевыводящих путей потребность в витамине С увеличивается (до 1000 миллиграммов в сутки).

Аскорбиновая кислота содержится в больших количествах в овощах, зелени, фруктах, ягодах. Особенно много ее в шиповнике, черной смородине, хрене, зеленом луке, клубнике, помидорах, лимонах, апельсинах, салате. Витамина С и витамина Р много в плодах черноплодной рябины, из них приготовляют препарат аскорутин, который назначают здоровым (особенно в весеннее время) и больным гепатитом.

Из витаминов группы В при заболеваниях печени наиболее важны витамин $B_6$ (пиридоксин), витамин РР (никотиновая кислота), витамин $B_{12}$ и фолиевая кислота. Эти витамины, способствуя нормализации деятельности печени, тем самым улучшают самочувствие больных и способствуют более быстрому их выздоровлению.

Витамин $B_6$ повышает антитоксическую функцию печени. В большом количестве он содержится в зернах пшеницы, кукурузы и ржи, в дрожжах. Суточная потребность в витамине $B_6$ составляет три — пять миллиграммов. При необходимости больным тяжелой формой гепатита витамин $B_6$ вводят внутримышечно или внутривенно.

Витамин РР участвует в энергетическом обмене клеток печени, препятствует их гибели. Этот витамин содержится в дрожжах, мясе, яичном желтке, помидорах и других продуктах. Недостаток его приводит к нарушениям деятельности нервной и пищеварительно систем, заболеваниям кожи. Потребность в витамине РР составляет 15 миллиграммов в сутки.

Фолиевая кислота и витамин $B_{12}$ в большом количестве содержатся в печени и дрожжах. Витамины принимают участие в процессе обмена белков, ферментов, в окислительных реакциях. Они способствуют синтезу белка и рассматриваются как факторы роста. Установлено активизирующее влияние витамина $B_{12}$ на регенерацию печени.

В последние годы витамин $B_{12}$ и фолиевая кислота широко используются при лечении больных с различными заболеваниями печени.

Витамин К принимает участие в синтезе факторов свертывания крови, повышает энергетический потенциал печеночной клетки. Его недостаток в организме возникает при нарушениях желчеотделения и всасывания жира в кишечнике. В таких случаях витамин К вводят больному через рот или внутримышечно ибо уменьшение его количества приводит к повышенной кровоточивости.

Организм здорового и в особенности больного человека нуждается в пополнении минеральными слоями, которые составляют около 5 % общей массы тела человека. Из них важнейшие — соли калия, кальция, фосфор, сера, магний, железо, йод, фтор и др. Минеральные соли выводятся с потом, мочой, калом.

При заболеваниях печени и желчных путей нарушается всасывание минеральных веществ и потому усиливается их выведение из организма. Наиболее важно восполнить дефицит калия, кальция, фосфора и магния. Калий содержится в большом количестве в укропе, петрушке, сухофруктах — изюме, кураге, черносливе. Чтобы калий лучше усваивался, сухофрукты следует прокипятить и употреблять в виде компота.

Для восполнения в организме солей кальция используют молочные продукты. Всасывание кальция лучше происходит в присутствии солей фосфора, которого много в мясе, яйцах, овсяной крупе. Магний поступает в организм из отрубей, ржаного хлеба, гречневой крупы, пшена.

Весьма существенно учитывать количество используемой в диете больных с заболеваниями печени и желчных путей поваренной соли. Потребность в ней человека в среднем составляет 15 граммов в сутки. Так как много соли содержится в продуктах питания животного происхождения, для удовлетворения потребности достаточно добавлять ее к пище три с половиной грамма в сутки.

Чрезмерное употребление поваренной соли приводит к задержке жидкости в организме, что повышает нагрузку на сердце и сосуды, увеличивается секреция пищеварительных соков. Ограничение соли (малосолевая диета) снижает образование и выделение ферментов в желудочно-кишечном тракте, в печени и желчных

путях и тем самым создает покой больным органам.

При составлении диеты для больных с заболеваниями печени врачи обязательно учитывают состояние деятельности кишечника. Чтобы предупредить запоры в рацион включают много растительной трудноперевариваемой клетчатки, побуждающей кишечник к активной деятельности. В противном случае наличие запора усиливает гнилостные процессы в кишечнике и всасывание в кровь токсических веществ, которые через воротную вену попадают в печень, ухудшая ее состояние. Тогда излечение болезни затягивается.

Весьма важен режим лечебного питания. Прием пищи в определенные часы поддерживает и регулирует ритмичность деятельности органов пищеварения, создает оптимальные условия для поступления пищевых ингредиентов в органы и ткани. Нерегулярное питание нарушает работу пищеварительных желез и приводит к изменениям обмена веществ. Наиболее рациональным является четырехразовое питание. Более редкий прием пищи способствует накоплению жира, застою желчи, развитию дискинезий желчных путей и их воспалению.

Калораж суточного рациона распределяется примерно так: завтрак — 30 %, обед — 40, ужин — 25, перед сном — 5 %. Богатые белком продукты лучше назначать в утренние часы и днем, чтобы не перегружать желудочно-кишечный тракт перед сном.

При заболеваниях печени следует придерживаться диетического стола № 5. Приведем соответствующие рекомендации известного специалиста-диетолога нашей страны академика А. А. Покровского. В связи с тем что имеются особенности лечебного питания при различных заболеваниях печени, мы ниже приведем несколько вариантов диеты.

## Диетическое питание больного вирусным гепатитом

Напомним, что вирусный гепатит — инфекционное заболевание, при котором патологический процесс развивается преимущественно в печени. Пораженная вирусами печень длительное время не может полноценно выполнять свои функции. И после клинического выздоровления, то есть исчезновения основных проявлений заболевания, для восстановления поврежденной печени требуется не менее шести месяцев, а иногда и год.

Поэтому и после выписки из стационара больной должен позаботиться о благоприятных условиях для полного восстановления нормальной деятельности печени и прежде всего соблюдать специальную диету.

Цель лечебного питания при вирусном гепатите — благоприятно воздействовать на функцию печени и других органов пищеварения, улучшить желчевыделение, нормализовать обменные процессы в организме. От такой диеты требуется, чтобы она щадила печень, содержала полноценные белки, углеводы и витамины. Лечебное питание обычно применяется в больницах, диетических столовых, однако диетические блюда можно приготовить и в домашних условиях. Для этого надо знать следующее.

Диета должна содержать достаточное количество белков — около 100 граммов в день (или полтора-два грамма на один килограмм массы тела больного). Причем лучше усваиваются и более полезны белки животного происхождения, богатые незаменимыми аминокислотами. Источниками животных белков служат молоко и молочнокислые продукты, нежирные сорта мяса, пресноводная рыба, яичный белок. В 100 граммах постной говядины, например, содержится 14,7 грамма белка, в 100 граммах обезжиренного творога — 17,6 грамма, в таком же количестве полужирного сыра — 36,2 грамма, в 100 граммах овсяной крупы — 13,8 грамма белка. В состав гречневой и овсяной круп, соевой муки входят ценные липотропные вещества.

Наряду с белками существенной составной частью диеты являются углеводы. В день рекомендуется употреблять до 450 граммов углеводов (четыре — шесть граммов на один килограмм массы тела больного), в том числе 100 граммов сахара. В рацион включают сахар, мед, белый хлеб и рисовую, овсяную, манную каши, картофель и другие овощи, фрукты, ягоды, соки, компоты.

Трудно переносятся при больной пече-

ии бобовые, грибы. Следует учитывать, что свежий хлеб нередко также плохо воспринимается больными. Целесообразно резко ограничить в рационе и овощи, богатые эфирными маслами,— чеснок, лук, редис, редьку.

Содержание углеводов в некоторых распространенных пищевых продуктах следующее: в 100 граммах сахара — 99,8 грамма, в 100 граммах риса — 79,8 грамма, в таком же количестве манной крупы — 74,6 грамма, в пшеничном хлебе — 48,6 грамма.

Ограничивать жиры при вирусном гепатите не рекомендуется, их необходимо употреблять в соответствии с физиологической нормой (примерно 0,8—1,5 грамма на один килограмм массы тела больного в день). Безусловно, предпочтение следует отдать молочным и растительным жирам. Вполне допустимо сливочное масло, оно хорошо усваивается и богато витаминами А и К.

Наиболее ценными являются растительные жиры: подсолнечное, кукурузное и оливковое масло, оказывающее и желчегонное действие. Надо помнить, что особенно плохо действуют жиры, подвергшиеся воздействию высокой температуры, поэтому жареные блюда из меню исключаются. В 100 граммах растительного масла содержится 99,5 грамма жиров, в сливочном масле — 80 граммов, в 100 граммах сыра полужирного (20 %) — 9,9 грамма жира.

Обязательная составная часть диеты — продукты, богатые витаминами, и среди них в первую очередь свежие овощи и фрукты. Количество свободной жидкости, употребляемой в течение дня, не должно превышать двух литров, а поваренной соли — 10—12 граммов.

Диета № 5 назначается при лечении больного вирусным гепатитом в стационаре и может быть рекомендована после его выписки. Диетические блюда получают в диетической столовой или готовят их в домашних условиях.

При этом не забывайте: необходимо максимально ограничить продукты, содержащие экстрактивные вещества (крепкий мясной бульон, рыбный навар), а также холестерин, тугоплавкие жиры и жареные блюда. При гепатите запрещаются: консервы, уксус, перец, горчица, маринады, копчености, шоколад, жирные сорта мяса, мозги, сдобное тесто, пирожные и пироги с кремом, крепкий кофе, какао.

Крайне важно помнить еще об одном категорическом запрете: недопустимо употребление любых доз алкоголя, так как он особенно опасен для уже поврежденной вирусом печени.

При соблюдении диеты надо учитывать индивидуальные привычки и переносимость отдельных продуктов.

Весьма важен и режим питания. Так, при вирусном гепатите показаны частые приемы пищи, не реже пяти раз в день. Полезно принимать пищу в одни и те же часы суток.

В качестве примера приводим меню на один день.

**Завтрак:** творог с молоком, каша манная молочная, чай или кофе с молоком.

**Обед:** суп из овощей, мясо отварное с картофельным пюре, кисель клюквенный, хлеб.

**Полдник:** рисовый пудинг, фруктовый сок.

**Ужин:** рыба отварная с картофельным пюре, чай.

**Перед сном:** кефир (один стакан).

При хорошем самочувствии и нормализации лабораторных показателей, но не ранее, чем через шесть месяцев после начала заболевания, перенесший вирусный гепатит переходит на общий режим питания.

## Лечебное питание при хроническом гепатите

При хроническом доброкачественном (персистирующем) гепатите, несмотря на удовлетворительное самочувствие, больным при обострении также рекомендуется придерживаться диеты № 5. Вместе с тем периодически возможен переход на общий стол.

Прием пищи следует производить в строго определенное время, что важно для нормального ритма выделения желчи и сока поджелудочной железы. Нельзя употреблять, как и при остром гепатите, приправы, пряности, копчености, острые блюда, овощи, богатые эфирными маслами (редис, лук, редька, чеснок). Эти продукты оказывают повреждающее влияние на слизистую оболочку желудка

и двенадцатиперстной кишки, вовлекающихся в патологический процесс при гепатите.

При хроническом активном гепатите лечебное питание (стол № 5) должно применяться постоянно, даже в период ремиссии. Важно соблюдать правильный режим питания: избегать обильного приема пищи за один раз и обильной еды на ночь.

Так как при активном течении хронического гепатита в патологический процесс нередко вовлекаются желчевыводящие пути и желчный пузырь, необходимо включать пищевые вещества, действующие желчегонно (овощи, фрукты), растительные масла, доводя соотношение их с животными до 50% (вместо обычных 30%).

В период ремиссии заболевания разрешаются вегетарианские и фруктовые супы, нежирные сорта мяса и рыбы в отварном, запеченом, а один — два раза в неделю и в жареном виде.

Рекомендуется творог и изделия из творога (сырники, ленивые вареники, пудинги). При хорошей переносимости допускается употребление яиц (одно — два) два — три раза в неделю или омлеты, при плохой переносимости — яичные белковые омлеты. Ограничиваются лишь яичные желтки.

Молоко больные употребляют во всех видах, в диету включается масло сливочное и растительное. Сметана разрешается как приправа к блюдам. Можно использовать сыр, вымоченую сельдь, нежирную ветчину, докторскую колбасу. Соусы и приправы для блюд готовят неострые.

В рационе должно быть достаточное количество овощей и фруктов в виде салатов и гарниров. Часть овощей используют в сыром виде. Фрукты употребляются в натуральном виде, а также в виде компотов, киселей, желе и т. п. Не рекомендуются шпинат и щавель. Пирожные, торты из рациона исключаются, разрешается печенье и другие изделия из несдобного теста.

Из напитков можно употреблять чай некрепкий, с молоком, соки овощные и фруктовые, отвар шиповника. Запрещается крепкий кофе и какао. Сахар, варенье и мед дают в обычных количествах.

## Лечебное питание при холециститах

Общие принципы терапии острых и хронических холециститов основаны на использовании комплексных методов лечения, включающих диету, антибактериальную терапию, средства, влияющие на моторную функцию желчевыводящих путей. В разные периоды болезни к лечебному питанию предъявляются различные требования. С помощью диеты можно создать покой поврежденному органу или, наоборот, усилить процессы желчеотделения.

Лечебное питание при остром или обострении хронического холецистита предусматривает максимальное щажение всей пищеварительной системы. В первые дни болезни рекомендуется введение только жидкостей. Назначают теплое питье (некрепкий сладкий чай, минеральные воды, сладкие соки из фруктов и ягод, разведенные водой, отвар шиповника) небольшими порциями.

После уменьшения остроты болевого синдрома можно употреблять в ограниченном количестве пять — шесть раз в день протертую пищу: слизистые и протертые супы (рисовый, манный, овсяный), протертую кашу (рисовую, манную, овсяную), кисели, желе из сладких фруктов и ягод. Затем в диету включают нежирный творог, нежирное мясо в протертом виде, нежирную отварную рыбу. Разрашают белые сухари.

Основным диетическим требованиям для больных хроническим холециститом отвечает диета № 5. Необходимо учитывать, что правильный режим питания обеспечивает улучшение общего состояния больного. Рекомендуется частое, дробное, необильное питание. Прием большого количества пищи нарушает ритм желчеотделения, вызывает спазм желчных путей. Обострению болезни способствует прием жирной и острой пищи, алкоголя.

Важную роль в процессе желчеотделения имеет деятельность кишечника. При запорах усиливается застой желчи, токсические продукты из кишечника отравляюще действует на печень. Поэтому больной гепатитом или холециститом должен следить за регулярностью стула. Необходимо без использования слабительных добиваться ежед-

невного опорожнення кишечинка. При наклонностн к запорам следует больше употреблять растительной клетчатки, ражной хлеб, сырые овощи н фрукты, вниегреты, салаты.

Прн хронических холецистнтах, протекающнх с выраженным застоем желчн, известный диетолог нашей страны Е. А. Беюл предложил в 1981 году днету, в которой рекомендует увеличнвать содержание жира до 120—130 граммов за счет растнтельных масел (половнну от общего количества жира — лнпотропно-жнровая днета № 5), что улучшает циркуляцию желчи, повышает ее бактерн-цндные свойства, усилнвает двнгательиую функцню кншечника, способствует выведенню с каловыми массамн холестернна нз кншечиика. Приводнм характернстнку этой днеты (табл. 3).

Диета включает нормальное содержаиие белка и обогащена иенасыщениымн жнриымн кнслотамн, внтамннами группы В. Исключают лншь тугоплавкне жнвотные жиры, продукты, богатые холестериином, органнческне кислоты, эфнрные масла и пряности. В диету ие включают азотистые экстрактнвиые вещества и пурнны, а также продукты, уснливающне броднльные процессы в кишечннке (сдобное тесто, консервы и т. д.). Увелнчивают колнчество овощных и фруктовых блюд.

Пнщу дают в отварном нлн запеченном внде. Не допускается жаренне продуктов. Слнвочное н растнтельное масло добавляют только в готовые блюда, а не в процессе кулинарной обработкн. Чнсло приемов пнщн — шесть раз в суткн. Масса рациона 3500—3800 граммов. Количество свободной жидкости полтора лнтра, содержание поварениой солн 10—12 граммов. Белков 100—120 граммов, жнров 120—130 граммов (с равным содержанием жнвотных н растительных жиров).

Желчегонное действие растнтельных масел может служнть противопоказаннем к нх введенню в диету больным желчнокаменной болезиью, так как актнвация фуикцнональной деятельиостн желчевыделнтельной системы у ннх может сопровождаться прнступом желчной колики. Для такнх больных рекомендуется диета с обычным соотношеннем животного н растнтельиого жнра (3:1).

Вопрос о введении в днету янц решается нндивндуально. Учнтывая, что яйца являются высокопнтательным белковым продуктом н обладают активиым желчегоиимым свойством, уснливают моторную фуикцню желчного пузыря, их нспользоваиие прн хорошей переносимостн вполие целесообразио.

Возбуждающее действне на секрецию желчи оказывают овощн, фрукты н ягоды. Онн способствуют также устраиеиию запоров. Рекомендуется использовать морковь, кабачкн, томаты, цветную капусту, вноград, арбуз, клубинку, яблокн, чернослив н др. Лучше употреблять овощн в внде салатов с растнтельным маслом, что усилнвает желчеотделенне.

При холециститах, протекающих с поносамн, овощи и ягоды вводят в диету в внде соков, разбавленных пополам с водой или в протертом виде. Используют сокн, содержащне дубильные вещества (черника, айва, гранаты и др.). Овощн, богатые эфнрными маслами (реднс, редька, репа, лук, чеснок), а также щавелевой кислотой (щавель, шпннат), плохо переносятся больнымн нз-за раздражающего действня нх на слизистую оболочку пищеварнтельиого тракта.

Весьма необходнмы для больных с заболеваннямн печенн и желчных путей внтамнны. Из внтамннов целесообразно прннимать аскорбиновую кислоту до одного грамма в суткн. Оиа способствует улучшению деятельиостн печеин, повышает ее антнтокснческую фуикцню и усиливает регеиеративные процессы. Показаны также н другие витамииы ($B_1$, $B_2$, $B_6$, $B_{12}$).

Так, витамин $B_2$ (рибофлавии) участвует в углеводном, жировом н белковом обмеие, он иазначается по 0,01 грамма взрослым н по 0,001—0,005 грамма детям два — три раза в день. Витамин $B_6$, регулнрующнй жнровой обмен н обмен аминокнслот, дается взрослым по 0,1 грамма, а детям 0,005 грамма в сутки в два-три прнема. Внтамнн $B_{12}$ сннжает жнровую ннфильтрацию печени и способствует повышенню ее фуикциоиальной актнвностн: назначается внутрнмышечно однн раз в два-три дня на протяжеиии двух-трех недель.

Вместе с тем при наличии в пище

Таблица 3

**Примерное меню липотропно-жировой диеты № 5**

| Наименование блюд | Выход, г | Белки, г | Жиры, г | Углеводы, г |
|---|---|---|---|---|
| **Первый завтрак** | | | | |
| Пудинг творожный без сахара | 130 | 14,9 | 11,4 | 11,5 |
| Каша гречневая рассыпчатая с растительным маслом | 160 | 7,5 | 10,9 | 54,5 |
| Чай с молоком | 180 | 1,4 | 1,7 | 2,2 |
| **Второй завтрак** | | | | |
| Яблоко свежее | 100 | 0,3 | — | 11,5 |
| **Обед** | | | | |
| Щи вегетарианские на растительном масле | 500 | 3,4 | 12,2 | 20,6 |
| Мясо отварное под молочным соусом | 55 | 16,4 | 18,2 | 6,1 |
| Морковь тушеная на растительном масле | 150 | 3,57 | 11,4 | 15,8 |
| Компот из сухофруктов | 180 | 0,7 | — | 40,9 |
| **Полдник** | | | | |
| Сухарики без сахара | 25 | 4,0 | 1,0 | 26,4 |
| Отвар шиповника (1 стакан) | | | | |
| **Ужин** | | | | |
| Рыба отварная под молочным соусом с растительным маслом | 85 | 18,2 | 12,4 | 3,6 |
| Картофель отварной с растительным маслом | 150 | 1,7 | 9,4 | 20,0 |
| Котлеты капустно-морковные запеченные с растительным маслом | 200 | 6,7 | 16,6 | 25,6 |
| Чай | | | | |
| **На ночь** | | | | |
| Кефир | 180 | 5,0 | 6,3 | 8,1 |
| **На весь день** | | | | |
| Хлеб белый | 300 | 23,7 | 3,0 | 155,7 |
| Сахар | 30 | — | — | 29,9 |
| Масло сливочное | 10 | 0,06 | 8,2 | 0,09 |
| Всего | | 107,53 | 122,6 | 423,3 |

витаминов отпадает необходимость в назначении их в виде лекарственных форм. Такая потребность создается в летнеосеннее время.

Большинство заболеваний печени не требует ограничения или избыточного введения жидкости. Однако при тяжелом течении при появлении признаков интоксикации больным назначают капельные вливания дезинтоксикационных ресурсов. При циррозе печени с наличием асцита сокращается количество поваренной соли в пище и ограничивается прием жидкости.

Принимая во внимание тот факт, что при заболеваниях печени нарушается обмен углеводов, рекомендуется глюкоза или фруктоза. Эти вещества необходимы и как источник энергии. Наиболее рационально вводить глюкозу через рот в виде 5—15 % раствора. Но в тех случаях, когда из-за тошноты или рвоты такой путь введения глюкозы невозможен, ее вводят внутривенно капельно.

Широкое применение при заболеваниях печени получили белковые препараты — белковые гидролизаты, аминокислотные смеси, альбумин.

Благоприятное влияние оказывают экстракты и гидролизаты печени крупного рогатого скота (сирепар и другие). Считают, что в них содержатся вещества, необходимые для регенерации печени. Эти препараты используют обычно при

хроннческнх пораженнях печенн (хроннческнй гепатит, цирроз печенн). В последнне годы накоплен опыт в отношении лечебных препаратов эссенциале, легалона. Каждый нз этнх препаратов имеет специальные показання к назначению в каждом конкретном случае. Их нспользуют, как н другне медикаменты, только по назначенню врача.

Больным с тяжелым теченнем острого н хроннческого гепатита назначают глюкокортнкостероидные гормоны (преднизолон н др.). Их прнменяют огранниченно, по строгнм показанням. Прн хроннческом актнвном гепатнте одновременно с гормонамн назначают нммунодепрессанты — азотиоприн (нмуран), делагнл (хнпгамнн).

Прн цнррозе печенн нспользуют н мочегонные препараты (лазнкс, верошпнрон, триампур н др.).

В тяжелых н крайне тяжелых снтуацнях нспользуют методы очисткн (диализа) кровн с помощью обменных переливанн кровн, гемосорбцнн (поглощенне нз кровн токснческнх веществ углямн-сорбентамн). За рубежом н в нашей стране разработан метод очисткн крови, прн котором в качестве сорбента используют печень различных жнвотных (например, свиньн).

Для лечення больных с тяжелымн формамн цнрроза, новообразованнями печени нспользуется пересадка печенн. К настоящему временн в мире произведено около 300 операцнй с трансплантацней печенн. Наибольшая продолжнтельность жнзнн после пересадки печенн составнла шесть лет.

Многолетнее изучение патогенеза, способов диагностикн н днфференцнрованной терапии больных острым н хроническим вирусным гепатнтом явнлось основой для организацнн намн в больнице нм. С. П. Боткина Ленинграда отделення интенсивной терапии для больных тяжелой формой заболевания, осложненного острой печеночной недостаточностью. Подобные отделения организованы в настоящее время н в другнх нифекцнонных больнндах.

В дальнейшем оказалось возможным создание впервые в нашей стране в условиях государственной общедоступной бесплатной медицинской помощи населению целой снстемы этапного лечения н диспансеризацин больных тяжелыми формамн внрусного гепатита.

Так, в Ленинграде основными структурными н функциональными компонентами указанной системы являются:

отделение интенсивной терапии больных, где проводнтся комплексное многоплановое леченне угрожающего жнзнн состояння — острой печеночной недостаточности;

палаты (отделення) восстановительного лечення, где постепенно уменьшается объем терапевтнческнх мероприятнй, расширяются режим и диета;

консультативно-диагностический н реабилнтационный центр поликлиники, где проводнтся комплексное динамическое наблюденне за состоянием переболевшнх с прнвлечением биохимическнх, электрофизиологических н радиоизотопных методов исследовання.

Следующим этапом является санаторно-курортное леченне больных.

На всех этапах описанной системы консультатнвную помощь оказывают высококвалифицированные специалисты кафедры ннфекционных болезней медицинского института, а во время наблюдения в консультативно-диагностическом центре — н консультанты других клинических кафедр института (эндокринологи, хирурги, невропатологи, гастроэнтерологи н др.).

Возможности дополнительных исследований в условиях консультативно-диагностического центра (КДЦ) значительно расширены за счет привлечения к работе ряда лабораторных н клинических подразделений института.

Консультативно - диагностический центр осуществляет помощь в установлении и уточнении степени потери трудоспособности, наступившей вследствие тяжелого внрусного гепатита.

## Санаторно-курортное леченне

В реабилитацнн больных, перенесшнх гепатит, важное место занимают курорты.

Показаниями для курортного лечення являются:

1. Вирусный гепатит с нормальным или затяжным выздоровлением (спустя три месяца после острого периода болезни).

2. Хронический доброкачественный и активный гепатит вне обострения.

3. Заболевания желчных путей.

Санаторно-курортное лечение противопоказано при вирусном гепатите с наличием остаточных явлений, активном гепатите в период обострения, циррозе печени, частых приступах желчнокаменной болезни с признаками активности воспалительного процесса и других осложнениях болезни.

Для решения вопроса о целесообразности санаторно-курортного лечения и выбора курорта в медицинских учреждениях создаются комиссии (лечащий врач, заведующий отделением), заполняются специальные санаторно-курортные карты.

К курортам, где лечат минеральными водами и лечебной грязью больных с заболеваниями печени и желчных путей, относятся: Арзни, Боржоми, Джермук, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Мордакяны, Моршин, Старая Русса, Трускавец, Хилово и др. В условиях Ленинградской области такими курортами являются Сестрорецк и Петродворец.

Важное условие успеха при лечении больных с патологией печени и желчных путей на курорте — индивидуализированная терапия, учитывающая особенности течения болезни и характер действия лечебного фактора.

Санаторно-курортное лечение является комплексным и включает режим, диету, лечебную гимнастику и воздействие климатических факторов. Центральное место в санаторно-курортном лечении занимает питьевой курс минеральных вод.

В состав минеральной воды обычно входят 50 различных ионов, сухой остаток колеблется от 0,5 до 420 граммов на 1 литр. В зависимости от количества сухого остатка все минеральные воды делятся на группы: а) слабоминерализованные (до 2 г/л); б) маломинерализованные (2—5 г/л), в) средней минерализации (5—15 г/л); г) высокой минерализации (15—35 г/л) и д) рассолы, или рапа (более 35 г/л).

Клинико-физиологическими исследованиями установлено, что минеральные воды оказывают желчегонное действие и стимулируют синтез желчи. Выраженное желчегонное действие оказывают воды средней минерализации, а желчеобразованию способствуют маломинерализованные воды.

Уменьшая застой желчи в желчных путях, минеральные воды улучшают кровообращение в печени и функциональное состояние гепатоцитов: повышается гликогенообразование, усиливается транспорт глюкозы к тканям, нормализуется обмен глюкозы, белков, жиров, электролитов. Под влиянием минеральных вод изменяются физико-химические свойства желчи, уменьшается ее вязкость, увеличивается содержание желчных кислот и снижается концентрация холестерина.

Лечебные воды назначают больным с поражениями печени и желчных путей с учетом секреторной активности желудка. При сниженной секреции воду принимают за 15—30 минут до еды. Напротив, при повышенной секреторной функции желудка воду пьют за один-полтора часа до еды. В эти сроки вода успевает поступить в двенадцатиперстную кишку, и вызванный ею рефлекс тормозит желудочную секрецию. При нормальной кислотности желудка минеральная вода принимается за 30—45 минут до еды.

Суточный прием минеральной воды может колебаться в пределах 600—1200 миллилитров. Величину ее разовой и суточной дозы врачи определяют с учетом общего состояния больного, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, почек и печени. Длительность курса питьевого лечения также зависит от состояния больного и реакции организма на лечение. Обычно курс продолжается четыре недели.

Наряду с питьем минеральных вод проводят тюбаж с минеральной водой, дуоденальное зондирование с одновременным введением минеральной воды.

При наличии упорной изжоги, горечи во рту больным проводится трансдуоденальное промывание минеральной водой. Для этого через дуоденальный зонд вводят один-два литра минеральной воды, подогретой до 40—45 °C. Эту процедуру врачи назначают два-три раза в неделю, используя воды средней минерализации — Ессентуки № 4, Славяновскую, Смирновскую, Джермук.

Больным с заболеваниями печени и желчных путей показаны также минеральные ванны. Они способствуют восстановлению деятельности центральной нервной системы, значительно повышают защитные и компенсаторно-приспособительные возможности организма.

Важное значение в комплексном лечении больных с заболеваниями желчных путей и печени имеет грязетерапия (пелоидотерапия), оказывающая противовоспалительное действие. Она уменьшает спазм мускулатуры желчного пузыря и желчных протоков, нормализует обменные процессы.

Лечебными грязями (пелоидами) называют природные образования, состоящие из воды, минеральных и органических веществ, обладающих тонкодисперсной структурой, однородностью, которые могут применяться в виде ванн и местных аппликаций. Используют и другие комбинированные методы грязетерапии — грязегальванизацию и диатермогрязь.

При наличии воспаления в желчных путях показаны грязевые аппликации на область правого подреберья. Больным с хроническим калькулезным (каменным) холециститом назначают лишь воды малой и средней минерализации гидрокарбонатно-натриевые, хлоридно-гидрокарбонатнонатриевые.

При хронических гепатитах применяется питьевое лечение минеральными водами малой и средней минерализации, такими, как Ессентуки № 4, № 17, Смирновская, Славяновская, Нафтуся, рапа курорта Моршин и др. Воды принимают в теплом виде по 200 миллилитров в день за 30 минут — 1,5 часа до еды, в зависимости от кислотности желудочного сока.

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

**Профилактика вирусного гепатита.** В соответствии со звеньями эпидемического процесса профилактические мероприятия должны быть направлены: во-первых, на устранение или ликвидацию источника инфекции; во-вторых, на разрыв путей передачи заразного начала; в-третьих, на создание невосприимчивости населения к данной болезни.

**Мероприятия, направленные на обезвреживание источника инфекции,** предусматривают прежде всего раннее выявление больных гепатитом, диагностику заболевания в преджелтушный период. Особого внимания как источники инфекции заслуживают больные безжелтушной формой заболевания.

Выявление источников инфекции, а также больных безжелтушной формой заболевания прежде всего осуществляется в организованных коллективах (школы, интернаты, детские сады и ясли). Ранней диагностике способствует опрос и осмотр подозрительных на это заболевание, причем учитываются разнообразные симптомы, присущие легко протекающим случаям гепатита: слабость, изменение поведения, понижение интереса к окружающему, повышение температуры тела, появление тошноты и рвоты, катаральные явления (насморк, кашель) и другие.

Поэтому в условиях эпидемии все больные с диагнозом грипп, ангина, глистные заражения и др., под маской которых может протекать безжелтушный гепатит, подлежат обследованию. Тщательный осмотр может выявить у них увеличение печени и селезенки, темную окраску мочи и другие симптомы, характерные для вирусного гепатита.

Большую помощь в ранней диагностике гепатита и диагностике легких и безжелтушных форм заболевания оказывают лабораторные методы исследования, прежде всего определение активности ферментов в сыворотке крови (аланинаминотрансферазы и др.).

Выявленных больных с вирусным гепатитом необходимо доставлять на санитарном транспорте в инфекционные больницы или отделения. Их госпитализация необходима не только во избежание передачи болезни здоровым, но и по клиническим соображениям (в больнице больному будет обеспечено ежедневное врачебное наблюдение, полноценное лабораторное обследование и т. п.). Госпитализации подлежат больные как с желтушной, так и с безжелтушной формой заболевания, а также с хроническим гепатитом в стадии обострения.

В очаге заболевания, под которым

понимается больной н его окружение, проводнтся тщательное обследование для выявления нсточннка ннфекцин. С этой целью все соприкасавшиеся с больным люди подвергаются клнннческому осмотру и лабораторному обследованию.

Важнейшей противоэпндемической мерой является соблюденне сроков нзоляцин заболевшнх в больннце. Онн должны находнться в больнице ие менее 21 дня от начала желтухн нли не менее 28 дней от начала заболевания.

К числу мер, огранничивающнх опасность источннков ннфекцнн, относнтся строгое правило: допускать переболевших внрусным гепатитом работников пнщевых предприятий к работе, а детей в детские учреждення только после полиого выздоровления, но не раиьше, чем через четыре неделн от начала болезнн. За эпндемнческнм очагом устанавлнвается наблюдеиие на 35 дней с момента госпнталнзацнн больиого.

Важным мероприятнем по обезвреживанию нсточннков ннфекцнн прн сывороточном гепатнте является правнльная органнзацня отбора доноров. Все перенесшие в прошлом внрусный гепатнт должны быть пожизненно отстранены от сдачн кровн. Доиоры подлежат тщательному клиническому лабораторному обследованню. Хотя это н не абсолютно надежная, однако наиболее эффективная мера распознавання безжелтушных н клннически невыраженных форм заболевания.

**Мероприятия, направлеиные иа разрыв путей передачи иифекции.** Поскольку ведущим в передаче заболевання является фекальио-оральный способ, большое значенне нмеет снстема саннтарно-гнгиеиическнх мер: улучшенне саннтарио-гигиенического состояння населенных мест, регуляриая очнстка н вывоз иечнстот, устройство канализацнн в городах и поселках, борьба с мухамн и т. д.

Особое вннмаине следует обратнть иа улучшенне водосиабження, обеспечеиие иаселення качествеииой питьевой водой, строжайший режнм снабжения пнщевымн продуктами, нх правнльиое содержание, обработку и храненне, повседиевиый контроль за саннтарным состояиием предпрнятнй общественного пнтаиия.

Необходимо тщательио соблюдать санитарные правнла в школах закрытого типа (ннтернатах), детскнх садах н яслях (мытье рук, чистота пищеблока, умывальиых комиат, туалетов).

Для предупреждения семейно-бытовых ннфекций нужно строго соблюдать правнла личной гнгиены, приготовлеиия н храиення пнщевых продуктов, держать в чнстоте санитарные узлы н всю домашнюю обстановку. Всегда следует помнить о возможностн зараження больнымн пищи, воды, белья, кннг, игрушек н предохранять себя от этого. Особое место в профилактнке заинмает борьба с мухамн.

Важной мерой, направленной на разрыв путей передачн ннфекцнн, является дезинфекцня помещенни и мест общего пользоваиня не только в пернод нахождеиня больиого в очаге (текущая дезннфекция), но и после его нзоляцни (заключнтельная дезннфекцня). Сущность текущей дезннфекцнн — обеззараживанне всех предметов, с которымн соприкасался больной (белье, столовая посуда, выделения больного), а также рук больного н обслужнвающих его людей. Посуда для еды н туалета больного должиа быть отдельной. Для дезннфекцнн нспользуют 3 %-ные растворы хлорной нзвестн, хлорамнна с выдержкой до одного часа. Кнпяченне также эффективно (столовая посуда н т. п.), но должно продолжаться 30 мннут.

При текущей дезннфекции комиату, где иаходится больной, а также все предметы в ией промывают 1 %-ным горячим мыльио-содовым раствором, а для заключнтельной дезннфекции (после госпнтализации больиого) — 3 %-ным раствором хлорамииа. Уборку пронзводят через час после дезиифекцнн.

Раковнны, уиитазы, полы, стены мест общего пользовання тщательно обрабатывают 3 %-иым раствором хлорамииа нлн хлорной извести. Предметы для уборкн помещения дезиифнцируют кипячеинем нли замачнвают в указанном растворе хлорамина в теченне одного часа.

Необходимо прннимать меры, препятствующне размиоженню мух: мусор, кухоиные отбросы, остатки пнщн собнрать в мусоросборники и регулярно вывознть; пронзводнть регулярную очистку дворовых помещеиий.

**Мероприятия, направленные на создание невосприимчивости населения к инфекционному гепатиту.** К ним относятся широко известные средства повышения общей или неспецифической реактивности организма: полноценное питание, витаминизация, закаливание и т. д.

Большую роль в предупреждении новых заболеваний играет иммунизация гамма-глобулином. Последний представляет собой белковую фракцию крови, носителя антител, нейтрализующих многие вирусы и бактерии.

В случае возникновения заболеваний иммунизация гамма-глобулином проводится всем находившимся в контакте с больным и прежде всего детям школьного и младшего школьного возраста, а также беременным женщинам. В дошкольных учреждениях гамма-глобулин вводят всем детям группы, в которой возникла вспышка заболевания (при полной изоляции группы), или всему детскому коллективу (при неполной изоляции группы).

В школах гамма-глобулин получают дети того класса, в котором обнаружен случай вирусного гепатита. Гамма-глобулин или полиглобулин вводят также с профилактической целью в начале сезонного (осенне-зимнего) подъема болезни детям дошкольных коллективов и первых четырех классов школы. Доза гамма-глобулина с профилактической целью составляет один миллилитр детям до 10 лет, а старше этого возраста и взрослым — полтора миллилитра. Вводится препарат внутримышечно в верхненаружный квадрат ягодицы.

Как показали многочисленные наблюдения проведенные в нашей стране и за границей, иммунизация гамма-глобулином обеспечивает значительное снижение заболеваемости гепатитом А. Следует, однако, подчеркнуть, что применение гамма-глобулина не может быть единственным средством профилактики гепатита. Необходимо проводить весь комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости вирусным гепатитом.

Профилактика хронических гепатитов и цирроза печени включает предупреждение и лечение острого вирусного гепатита, диспансеризацию переболевших, а также лечение заболеваний желчных путей и желудочно-кишечного тракта.

**Профилактика описторхоза** включает ряд мероприятий, главными из которых являются: оперативная оценка эпидемиологической ситуации по описторхозу в данной местности, планирование и проведение противоэпидемических мероприятий, санитарная пропаганда (внедрение правильных приемов хранения пищи, обработки ее, соблюдение правил личной гигиены).

Основой профилактики является система мер, направленных на выключение факторов передачи возбудителя и его уничтожение. Следует отметить, что лечение больных и инвазированных (зараженных) в определенной степени способствует уменьшению возможности встречи здоровых людей с возбудителями.

Однако обилие животных, выделяющих яйца во внешнюю среду, затрудняет борьбу с описторхозом именно этим способом. Более надежны меры, препятствующие инфицированию различных водоемов, в которых обитают моллюски и поедающие их рыбы.

Необходимо создание достаточного числа очистных сооружений, уборных общественного пользования, особенно вблизи водоемов. Следует не допускать использование в качестве удобрений фекалий, не подвергнутых длительному компостированию, обработке химикалиями. Все перечисленное позволяет уменьшить степень инфицированности водоемов и, следовательно, обитающих в них моллюсков и рыб.

Определенное значение в профилактике описторхоза имеют меры, направленные на уничтожение промежуточных факторов передачи инфекции — моллюсков — с помощью живых их антагонистов или химических веществ.

Все вышеизложенное важно для профилактики описторхоза, однако решающее значение имеет уничтожение паразитов в основном хозяине — рыбах. Описторхисы фиксированы у них в мышцах. Установлено, что в мышцах рыбы весом 60 граммов может находиться 2000 и более яиц паразита. Их гибель происходит при замораживании рыбы до —15—21 °С через несколько дней. Засол рыбы уничтожает описторхисов лишь спустя семь—десять суток. Имею-

щаяся у населения привычка использовать просоленную рыбу в более ранние сроки (через два—три дня после засола) может приводить к заражению описторхозом.

Недостаточная термическая обработка рыбы не только не уничтожает, но и может способствовать сохранению возбудителя. Поэтому в эндемических по описторхозу районах следует рыбу при варке кипятить не менее 15 минут, а при прожаривании накрывать ее крышкой. При чистке и разделке рыбы возбудитель может оказаться на ноже, посуде и других предметах, соприкасающихся со свежей рыбой, поэтому после окончания работы они должны быть тщательно вымыты.

Следует отметить, что, несмотря на то, что кошки, собаки и другие животные при поедании сырой рыбы заражаются описторхозом, для окружающих их людей они безопасны. Вместе с тем больные животные, выделяя во внешнюю среду яйца, могут способствовать сохранению очага описторхоза.

Особо вредной можно считать привычку, распространенную в северных районах нашей страны,— употреблять в пищу нарезанную свежезамороженную рыбу, заправленную специями. Это наиболее опасный путь инфицирования. Естественно, что санитарно-просветительная работа среди населения чрезвычайно важна на всех этапах борьбы с описторхозом.

**Предпосылкой предупреждения функциональных и воспалительных расстройств в желчных путях** является полноценное и регулярное питание, здоровый образ жизни, рациональное сочетание умственного и физического труда. Большое значение имеет лечение сопутствующих заболеваний, устранение причин, которые могут привести к дискинезии и воспалению желчных путей.

## Коротко о лекарственных растениях

В настоящее время Миинистерством здравоохраиеиия СССР разрешеиы к примеиеиию и продаются в аптеках миогие лекарствеииые растеиия, в том числе и те, которые иазиачаются врачами для лечения заболеваиий печеии и желчиых путей.

Рациональиое использование лекарствеииых трав возможио лишь при верном установлеиии диагиоза заболеваиия, отражающего его тяжесть, вариаит течения, фазу активиости, степеиь фуикциоиальиых иарушеиий и сопутствующих заболеваиий. Сугубо иидивидуальиа дозировка лекарствеииых растеиий, их сочетаиий.

Имеиио в силу этих причии иеобходимо помиить о том, что рекомеидации по лечеиию ими должиы быть даиы врачом. Самолечеиие всегда может быть опасиым, даже тогда, когда больиой зиает, каким заболеваиием ои страдает.

Известеи случай, когда больиой, желая избавиться от воспалеиия желчиого пузыря, по совету окружающих прииял иастойку подорожиика. В результате у иего резко повысилась кислотиость желудочиого сока. Больиой, страдавший холециститом и повышеииой секреториой фуикцией желудка, ие зиал, что сок подорожиика способеи усиливать желудочиую секрецию, и ввиду этого прииес себе самолечеиием ие пользу, а вред.

Мы здесь хотим еще раз подчеркиуть: иет безвредиых лекарств. Даже витамииы могут дать иежелательиый эффект, если их примеиять иеверио. Мы приводим сведеиия о лекарствеииых растеииях для того, чтобы иаселеиие их зиало, бережио к иим отиосилось и использовало только по рекомеидациям врача.

Специалисты рекомеидуют кории и клубии лекарствеииых растеиий собирать либо раиией весиой, либо осеиью после обсемеиеиия. Кору и почки собирают с марта по май месяц перед иабухаиием почек. Лист подлежит сбору за две иедели до цветеиия растеиия, стебли, трава и цветы — в иачале цветеиия, а плоды, семеиа и ягоды — после созреваиия. Сушка растеиий проводится без доступа солиечиых лучей.

Из высушеииых растеиий используют: а) отвар с кипячеиием от 5 до 30 мииут; б) иастой методом завариваиия кипятком.

Для лечеиия печеии и желчиых путей полезиы растеиия, обладающие различиыми свойствами: спазмолитическими и болеутоляющими (мята перечиая, мелисса лекарствеииая, ромашка аптечиая, укроп огородиый, феихель), успокаивающими (валериаиа лекарствеииая, хмель обыкиовеииый, трифоль водяиой) и стимулирующими регеиерацию, желчеотделеиие (подорожиик большой, зверобой продырявлеииый, шиповиик, бессмертиик песчаиый, цикорий, береза белая, кореиь и цветы одуваичика, кукурузиые рыльца и др.).

В составе растительиых смесей (сборов) могут быть использоваиы и другие растения. В различиых сочетаииях при дискииезиях желчиых путей используют сборы: а) траву зверобоя, цветки ромашки, плоды феихеля, листья подорожиика; б) цветки бессмертиика, листья березы, цветки ромашки, траву зверобоя; в) траву чистотела, листья мяты, листья березы; г) цветы бессмертиика, листья мяты, плоды кориаидра; д) траву зверобоя, кореиь одуваичика, цветки бессмертиика, цветки ромашки, траву золототысячиика. Эти же иаборы растеиий могут примеияться при хроиических холециститах. Дополиительио к иим используют сборы, содержащие цветки калеидулы, плоды укропа, траву спорышв, душицу, кукурузиые рыльца.

В аптеке имеются желчегоииые чаи с различиыми иомерами (№ 1, 2, 3 и т. д.), которые включают вышеиазваииые лечебиые растеиия. В зависимости от вида дискииезии (гипермоториая или гипомоториая), сочетаиий их с холециститом или гепатитом рекомеидуются те или иные сборы и желчегоииый чай различиых видов.

Евгеиия Петровиа ШУВАЛОВА

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ
и ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Главиый отраслевой редактор *А. Нелюбов*
Редактор *Б. Самарин*
Мл. редактор *Л. Щербакова*
Художиик *А. Астрецов*
Худож. редактор *М. Гусева*
Техи. редактор *А. Красавина*
Корректор *И. Сорокина*

ИБ № 8116

Сдаио в кабор 10.01.86. Подписаио к печати 30.12.85. А 14052. Формат бумвгк 70×100 1/16. Бумага тип. № 3. Гвриитура лктературкая. Печвть офсеткая. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12. Уч.-изд. л. 4,53. Тирвж 1 30[illegible]00. Заквз 138. Цека 15 коп. Издвтельство «Зквиие». 101835, ГСП, Москва, Цеитр, проезд Серова, д. 4. Икдекс заказа 866304.

Ордеиа Трудового Красиого Зиамеки Чеховсккй полиграфический комбиивт ВО «Союзполкгрвфпром» Государствеккого комитета СССР по делвм кздвтельств, полиграфик к кккжкой торговли
142300, г. Чехов Московской облвстк

15 коп.

Индекс 70063



Шувалова Евгения Петровна — член-корреспондент АМН СССР, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии 1-го Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова. Е. П. Шувалова автор 200 научных трудов, семи монографий и двух учебников, в которых отражены различные проблемы инфекционной патологии. Научное направление Е. П. Шуваловой охватывает круг вопросов, касающихся инфекционных болезней, в том числе вирусного гепатита и других заболеваний печени. Она является заместителем председателя Научно-методического совета по медицине и биологии Ленинградского общества «Знание».

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ